New Nouveau
Brunswick

Mieux vaut prévenir...

Document de principe sur la promotion de la santé et questions de prévention

Préparé par le

CONSEIL DU PREMIER MINISTRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

92-03125/

Mieux vaut prévenir...

DOCUMENT DE PRINCIPE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET QUESTIONS DE PRÉVENTION

Préparé par le
CONSEIL DU PREMIER MINISTRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

565, rue Priestman
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5X8

Janvier 1992

Préparé par le : Conseil du premier ministre en matière de santé
565, rue Priestman, Pièce 304
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5X8

Janvier 1992

ISBN #1-55048-652-7

«Tout le monde gagne si les enfants croissent en santé, capables et prêts à travailler au bienfait de leurs voisins.»

- Eglantyne Jebb

«Si j'avais su que je vivrais aussi si longtemps, j'aurais mieux veillé à ma santé.»

- inconnu

«Pas tout ce qui compte peut être compter; pas tout ce qui peut être compté compte.»

- Dr Charles Garfield

TABLE DES MATIÈRES

I.	**Conseil du premier ministre en matière de santé - Qui nous sommes**	1
II.	**Méthode de recherche du Conseil**	3
III.	**Avant-propos**	4
IV.	**Information générale**	9
V.	**Activités du gouvernement au Nouveau-Brunswick pour régler les questions en matière de promotion de la santé et de prévention**	18
VI.	**Sommaire des initiatives du gouvernement provincial vis-a-vis la promotion de la santé et questions de prévention**	23
VII.	**Quelques exemples d'approches innovatrices**	
	a) Partenaires du développement	33
	b) Clinique de counselling et de dépistage	34
	c) Programme Colonne en forme	35
	d) Projet-pilote de point d'entrée unique	36
	e) Programme d'aide aux élèves - Fredericton High School	37
	f) Vie active 2000	37
	g) Centres de santé communautaires	38
	h) Projet pour les communautés canadiennes en santé	39
	i) Health Innovation Fund	40
	j) Centre de prévention et de sensibilisation aux blessures - Alberta	40
	k) Programme de santé Acti-Menu	41
	l) Autre	41
VIII.	**Nécessité d'évaluer**	42
IX.	**Questions particulières pour les activités ciblées de promotion de la santé et de la prévention**	43
X.	**Recommandations**	44
XI.	**Conclusion**	58

Annexes :

Annexe I: Sommaire général de l'enquête «Promotion d'habitudes de vie saines et prévention - Questions pour groupes communautaires»

Annexe II: Ministères, groupes et individus qui ont contribué à la préparation de ce rapport

Annexe III: Information concernant l'état de santé

I. Le Conseil du premier ministre en matière de santé - Qui nous sommes

La mission du Conseil

La mission du Conseil du premier ministre en matière de santé consiste à assumer un rôle de leadership et à conseiller le gouvernement sur les politiques générales qui permettront aux Néo-Brunswickois d'être en bonne santé.

Comment le Conseil a été établi

Le Conseil du premier ministre en matière de santé a été formé par le Premier ministre en réponse au Rapport de la Commission McKelvey-Lévesque sur certains programmes de services de santé (1989).

Les principes directeurs du Conseil

Les principes suivants guideront les travaux du Conseil :

- fournir une structure de planification provinciale qui puisse assurer un accès équitable aux services;
- fournir aux citoyens une gamme et une qualité de services qui maximisent l'efficacité de nos ressources;
- mettre davantage l'accent sur la distribution de services aux niveau communautaire;
- mettre l'accent non plus sur un processus ou un programme mais sur les **résultats** permettant ainsi de mesurer les améliorations;
- travailler ensemble à l'amélioration de la santé et partager la responabilité entre le gouvernement, les bénéficiaires et les fournisseurs des services de santé.

Le mandat du Conseil

le Conseil du premier ministre en matière de santé s'engage à :

- envisager des approches globales pouvant orienter les politiques de la santé au Nouveau-Brunswick;
- identifier les priorités d'action pour améliorer la santé;
- obtenir un consensus sur les changements nécessaires, en association avec les fournisseurs des services de santé et les représentants locaux;
- faire rapport au Conseil des ministres.

Pour remplir son mandat, le Conseil du premier ministre en matière de santé pourra :

1. Conseiller le gouvernement sur des stratégies qui auront un effet positif sur la santé des Néo-Brunswickois.
2. Recommander des options de politique générale pour améliorer la santé des Néo-Brunswickois. Les politiques recommandées tiendront compte des coûts/bénéfices, offriront des résultats quantifiables, et comprendront des considérations qui dépassent la compétence traditionnelle du secteur de la santé.
3. Recommander des approches novatrices susceptibles :
   - tenir compte des besoins de la Province;
   - favoriser la responsabilité de chacun face à la santé;
   - favoriser l'utilisation appropriée des ressources par des individus et par les professionnels de la santé;
   - renforcer les liens entre la santé et les services connexes;
   - favoriser la promotion de la santé et la prévention des maladies.
4. Amener le public et les fournisseurs de services à identifier des stratégies qui influeront positivement sur la santé des Néo-Brunswickois.
5. Nommer les comités qu'il jugera à propos pour réaliser son mandat.
6. Faire rapport périodiquement au gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Les membres du Conseil

La diversité des membres du Conseil reflète l'étendue de son mandat et le concept de santé qu'il englobe.

Le Conseil du 16 membres est présidé par le Premier ministre; le ministre de la Santé et des Services communautaires en est le vice-président. Le sous-ministre de la Santé et des Services communautaires en est le secrétaire. Parmi les autres membres, mentionnons trois ministres dont les ministères ont un incidence sur la santé, cinq personnes d'expérience dans un domaine connexe à la santé et cinq représentants des utilisateurs de services de santé. Les nominations des fournisseurs de services et des utilisateurs ont été faites par le Premier ministre pour un mandat de trois ans selon un processus de nomination publique.

Pour de plus amples renseignements veuillez communiquer avec :

Le Conseil du premier ministre en matière de santé
565, rue Priestman, Pièce 304
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5X8

Téléphone : (506) 457-4819
Télécopieur : (506) 457-4899

II. Méthode de recherche du Conseil

Le personnel du Conseil a exercé un effort concerté pour rejoindre une variété de sources d'information afin de comprendre les tendances actuelles de la promotion de la santé et de la prévention dans le Nouveau-Brunswick et ailleurs.

Nous nous sommes renseignés auprès de différents ministères gouvernementaux et organisations du secteur de la santé afin d'obtenir des rapports ou effectuer des consultations pour identifier les services actuellement possibles et les priorités établies dans ce dossier. Un questionnaire détaillé fut distribué à un nombre de groupes et associations afin de susciter leurs opinions. Ce questionnaire s'intitulait: **Promotion d'habitudes de vie saines et prévention - Questions pour groupes communautaires.** (Voir l'exemplaire du questionnaire et un sommaire des réponses et commentaires reçus à l'Annexe I.)

Nous présentons nos excuses à ceux qui n'ont pas été approchés durant la première distribution du rapport. L'intérêt montré par ceux qui ont répondu au questionnaire et par ceux qui ont offert leurs commentaires suite à la publication de l'ébauche du rapport à l'automne 1991 fut bien apprécié.

Nous incluons une liste complète des ministères, groupes et particuliers qui ont répondu à notre questionnaire ou qui ont été consultés ou qui ont envoyé des commentaires écrits (voir Annexe II).

Nous avons aussi complété ces contacts par une recherche littéraire, une revue des rapports nous parvenant de l'extérieur, d'articles des médias, de communiqués, de journaux et une évaluation de documents internes fournis par des sources gouvernementales. Notre Conseil maintient une bibliographie de documents publiques significatifs, celle-ci est disponible sur demande.

Les membres du Conseil ont aussi contribué leurs compétences personnelles en matière de santé et celles de leurs réseaux respectifs en fournissant des commentaires utiles aux fins de la rédaction de ce document.

Veuillez noter que ce document n'est pas le rapport final du Conseil, puisque nous allons présenter une stratégie globale vers une politique relative à un public en santé au gouvernement suivant d'autres consultations avec les groupes intéressés.

III. Avant-propos

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a réalisé un pas important, en reconnaissant le besoin d'une planification à long-terme pour surmonter les défis que posent les besoins actuels en soins et services de santé, tout en travaillant pour assurer une meilleure santé pour la population future.

Le Canada et le Nouveau-Brunswick ont joui de normes excellentes en services de santé par le passé, mais nous sommes rendus à un point critique dans notre capacité de maintenir notre présent système. Les réalités économiques envisagées par les gouvernements fédéral et provincial ont amené des contraintes dans nos efforts à apporter un équilibre entre les attentes et la capacité et le vouloir de payer.

Le programme d'Assurance-maladie a été un énorme atout pour notre population mais, avec son message de services "gratuits" pour tous, il a favorisé un manque potentiel de responsabilité de la part des consommateurs et des fournisseurs de services. Nous avons été témoins d'une énorme croissance en dépenses au sein du secteur de la santé qui est disproportionnée à la croissance de notre population et aux améliorations dans son état de santé.

Une partie du défi que confronte le Conseil du premier ministre en matière de santé sera d'offrir des conseils sur les façons d'améliorer de la santé à l'intérieur des paramètres imposés par les ressources présentement disponibles et de celles anticipées pour l'avenir. Le Nouveau-Brunswick est une province relativement petite en terme de sa population et de sa base économique par laquelle nous devons financer notre avenir. Il ne sera plus possible de nous fier au gouvernement fédéral, vu la diminution croissante des payments de transferts et des subventions de péréquations.

En consultation avec les groupes intéressés et le grand public, le Conseil du premier ministre en matière de santé développera un nombre de politiques. Nous avons pensé démarrer ce processus en nous penchant sur les concepts de la promotion de la santé et les questions de prévention. Nous avons apprécié l'intérêt du public dans ce domaine d'étude et espérons que ce document sollicitera la discussion.

Nous comprenons que la réalisation concrète de certaines de nos recommendations demandera un engagement renouvelé de la part du gouvernement et des autres groupes intéressés, à fournir des ressources accrues. Ces ressources devront être obtenues par la réduction ou l'élimination des dépenses au sein d'autres programmes et par la réorientation des priorités de certains fournisseurs professionnels. Nous nous attendons que cet investissement en promotion de la santé et en prévention saura, à la fin, être économiquement efficace dans la

réduction de la présente croissance des services médicaux chroniques et de courte durée.

Dans la préparation de ce document, nous avons repassé la déclaration de principes du gouvernement provincial présenté à l'Assemblée législative en 1990 sous le titre : **Vers une stratégie globale en matière de santé - Santé 2000 - Vision, principes et objectifs**. Nous vous prions de prêter une attention particulière aux concepts clés suivants soulignés dans ce dernier et qui ont aussi été adoptés comme principes de base pour notre travail au Conseil du premier ministre en matière de santé.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé désigne *«la démarche qui permet aux personnes de mieux gérer leur santé et de l'améliorer»* (Organisation mondiale de la santé)

SANTÉ

«On peut définir la santé comme la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement à agir en synergie pour promouvoir le bien-être subjectif et permettre aux gens de supporter les pressions de la vie quotidienne, de s'y adapter, ou de les modèler. Cette définition de la santé tient compte du développement optimal et de l'utilisation maximale des capacités, aussi bien physiques que sociales ou mentals» (Santé 2000 - Vers une stratégie globale en matière de santé, Gouvernement de Nouveau-Brunswick).

UNE CERTAINE VISION DE LA SANTÉ

«La santé, telle que la conçoit le gouvernement du Nouveau-Brunswick, signifie : vivre plus longtemps en bonne santé, avoir moins de maladies et de handicaps et pouvoir réaliser pleinement son potentiel dans un environnement sans risque, non violent, et avoir un revenu suffisant, un logement, de la nourriture et de l'instruction. Le rôle de l'individu dans la famille, au travail et dans la collectivité sera valorisé et il aura accès aux services de santé et aux services communautaires quels que soient l'endroit où il habite, son revenu, sa langue, son âge, son sexe ou son milieu culturel.

Dans cette vision de la santé du Gouvernement du Nouveau-Brunswick les citoyens, les fournisseurs de service et le gouvernement provincial collaborent et se partagent les responsabilités pour améliorer la santé de chacun.» (Santé 2000 - Vers une stratégie globale en matière de santé, Gouvernement du Nouveau-Brunswick).

En développant nos recommendations pour la province, nous allons aussi essayer de travailler dans le cadre des principes directeurs de cette même déclaration de principes. Ces principes peuvent être résumés comme suit :

PRINCIPES DIRECTEURS

1. LA PLANIFICATION PROVINCIALE

(tout en répondant adéquatement aux besoins régionaux et locaux)

2. L'EFFICACITÉ

3. L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

4. LA SANTÉ EN GÉNÉRAL / L'ACCENT SUR LES RÉSULTATS

(non plus s'orienter sur une méthode ou un programme mais sur les résultats)

5. LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

(les utilisateurs des services doivent pouvoir faire des choix éclairés et envisager différentes options)

OBJECTIFS EN MATIERE DE SANTÉ

1. Augmenter le nombre d'années durant lesquelles les résidents du N.-B. vivent sans maladies, invalidités ou handicaps majeurs.

2. Promouvoir davantage la santé et prévenir la maladie.

3. Développer et maintenir des personnes, des familles et des communautés qui soient saines, fortes et solides.

4. Favoriser la création d'environnements plus sains pour tous les Néo-Brunswickois.

5. Maintenir et accroître l'accessibilité physique et financière aux services de santé et aux services communautaires au Nouveau-Brunswick. Aussi, s'assurer que ces services soient bien adaptés aux besoins réels des populations concernées.

(Veuillez vous référer à la page suivante pour une explication de l'objectif #5)

OBJECTIFS EN MATIERE DE SANTÉ (suite)

- Pour cela, il faut renforcer les services communautaires pour s'assurer que les services coûteux dans les hôpitaux et dans les foyers de soins ne sont utilisés qu'à bon escient.

- Le ministère de la Santé et des Services communautaires doit faire office de leader dans l'élaboration, la mise en place, la distribution et l'évaluation de services de santé appropriés et accessibles physiquement et financièrement à tous.

- La prestation, la distribution et l'organisation des ressources doivent être planifiées pour assurer l'efficacité des services tout en reconnaissant la nécessité de rationaliser les soins et en tenant compte des besoins.

- Il faut réduire l'effet de tout ce qui constitue une entrave à la santé, améliorer l'accès à celle-ci et répartir équitablement les services et les ressources humaines.

- Il faut absolument mettre l'accent sur l'amélioration réelle de la santé et le dosage et l'utilisation judicieuse des ressources.

- Il faut pouvoir intervenir dans les deux langues officielles pour parvenir à une distribution équitable des services partout dans la province.

IV. Information générale

Au cours des deux dernières décennies, on a attaché beaucoup d'importance au principe de la promotion de la santé au Canada. Le moment est peut-être venu cependant d'accorder une plus grande priorité aux stratégies qui peuvent réduire l'incidence inutile des problèmes de santé.

Bien que peu de gens contesteraient que la prestation de soins dans le cadre de notre système de santé est devenue très coûteuse, nous avons continué de mettre l'accent sur le traitement du malade plutôt que sur la promotion efficace d'habitudes de vie saines auprès des secteurs de notre population qui risquent davantage de contracter des maladies ou de subir des accidents qui pourraient être évités.

Le Canada a été reconnu comme un chef mondial dans l'élaboration des théories et des principes de promotion de la santé; il doit encore cependant donner un meilleur exemple en s'engageant à long terme à mettre en oeuvre des stratégies qui peuvent s'avérer efficaces pour réduire les accidents ou les maladies quant à leur nombre réel ou du moins, à leur degré de sévérité.

Le gouvernement fédéral a joué un rôle de premier plan par le passé en établissant des paramètres pour la promotion de la santé, d'abord par le fameux **Rapport Lalonde de 1974 : Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail**. Ce rapport faisait ressortir un certain nombre de facteurs pouvant influencer la santé d'une personne :

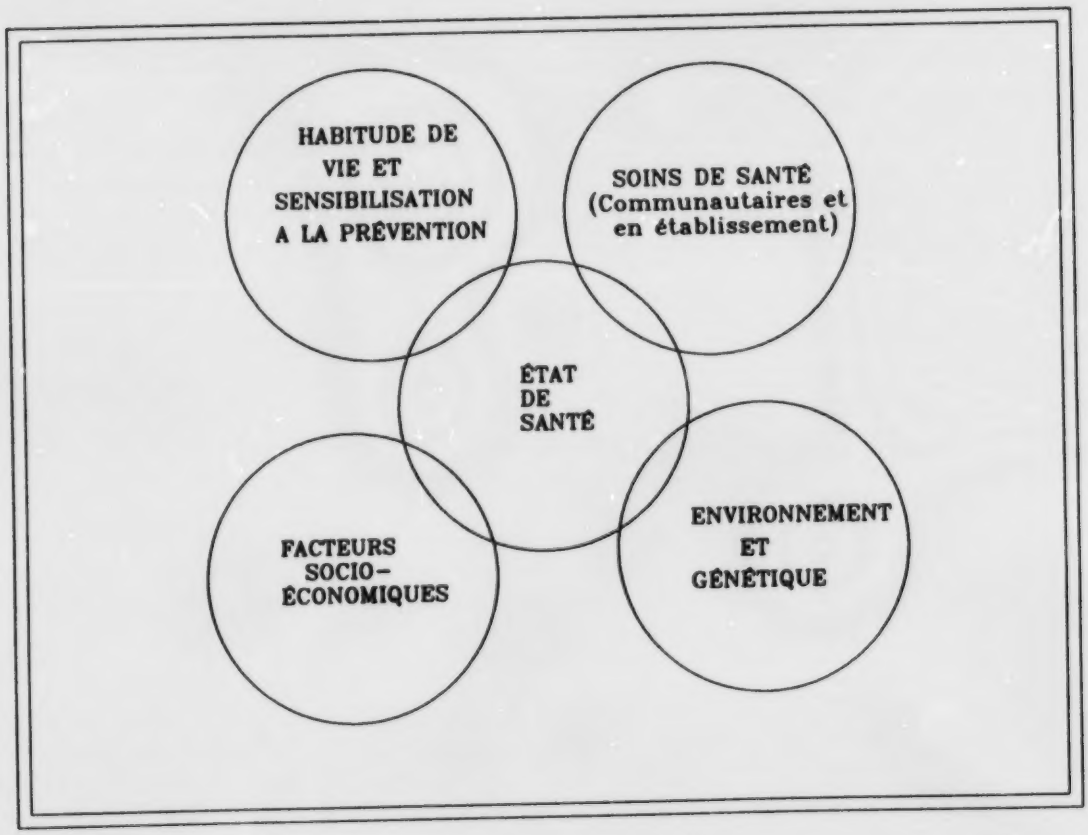
- habitudes de vie
- biologie humaine
- organisation des soins de santé
- environnement social et physique.

Le rapport a mis l'accent au début sur le concept des habitudes de vie saines comme étant la principale caractéristique, en sous-entendant que les personnes peuvent gérer leur état de santé. L'affectation continue de sommes d'argent au système de soins de santé n'améliorerait pas de façon mesurable l'état de santé général de l'ensemble de la population. Les citoyens devraient avoir la responsabilité de réduire les activités à risque et d'améliorer leurs habitudes de vie.

Au cours des années 80, il est devenu évident que l'environnement dans lequel une personne fonctionne influencerait aussi sa capacité de jouir d'une bonne santé. Les facteurs socio-économiques faisaient partie de cet environnement physique. La pauvrété, l'éducation, le logement, la violence familiale, les

possibilités d'emploi et beaucoup d'autres facteurs doivent être considérés lorsque nous évaluons le potentiel d'une personne de vivre une vie saine. Lorsqu'on évalue le potentiel d'un individu à vivre en santé, un nombre de facteurs, y compris les suivants, doivent être pris en considération : la pauvreté, l'éducation, l'habitation, la violence familiale et les possibilités de travail.

FACTEURS IMPORTANTS QUI DÉTERMINENT L'ÉTAT DE SANTÉ DES NÉO-BRUNSWICKOIS



Les facteurs importants qui déterminent l'état de santé comprennent les exemples ci-dessous ainsi que d'autres facteurs précis :

HABITUDES DE VIE ET SENSIBILISATION A LA PRÉVENTION

Habitudes de vie (conditionnement, nutrition, pharmacodépendance)
Utilisation du temps de loisirs
Sécurité (professionnelle et personnelle)
Éducation (école/générale)
Soins prénatals et postnatals
Immunisation
Dépistage
Santé publique
Santé mentale

SOINS DE SANTÉ

En établissement
Services de soutien communautaires
Médicaux
Réadaptation
Ressources humaines
Soins pour maladies aiguës
Soins pour maladies chroniques
Transport pour des soins médicaux
Services de relève

FACTEURSSOCIO-ÉCONOMIQUES

Économie
Attitude/attentes du public
Famille
Emploi
Politique gouvernementale
Soutien du revenu
Éducation/formation
Habitation
Transport
Services sociaux
Alphabétisation

ENVIRONNEMENT ET GÉNÉTIQUE

Qualité de l'eau
Qualité du terrain
Qualité de l'air
Traits héréditaires
Testing et conseils génétiques

Pour pouvoir faire des choix judicieux au sujet de leurs habitudes de vie, les particuliers doivent être convaincus que les démarches qu'ils entreprendront leur permettront de jouir d'une meilleure qualité de vie et non uniquement d'une plus longue vie.

Nous devons créer un environnement où les politiques générales aident les personnes à faire le plus de choix et à adopter le plus grand nombre de comportements positifs possible.

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de novembre 1986 explique une approche en vue d'une meilleure promotion de la santé. Elle met l'accent sur les principes suivants :

- **renforcement de l'action communautaire**
- **développement des aptitudes personnelles**
- **établissement d'un environnement de soutien**
- **réaménagement des services de santé**
- **élaboration d'une politique générale saine.**

*** *Nous commençons à constater un éloignement de la surdépendance du modèle médical de santé et l'idée de blâmer la victime-même pour son faible état de santé.*

Des messages semblables figuraient dans le document fédéral publié en 1986 par le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social. La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, révélait la présence de trois défis nationaux dans le domaine de la santé :

- **réduire les inégalités**
- **accroître les efforts de prévention**
- **accroître la capacité des personnes de faire face aux difficultés.**

Ces concepts ont été soulignés de nouveau lors de la **«Conférence nationale sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie» tenue à Victoria, C.-B.** en mars 1989. Il était évident qu'il se dessinait une tendance à inscrire la promotion de la santé aux programmes publics et politiques. L'objectif serait d'atteindre une meilleure équité par rapport à l'état de santé en donnant plus de pouvoir aux consommateurs et en intensifiant la collaboration intersectorielle entre tous les intervenants.

La promotion d'habitudes de vie saines et d'une bonne santé doit être poursuivie au sein de la population. Toutefois, nous pourrions faire valoir que des campagnes de prévention particulières devraient cibler des secteurs précis de la population à risque. Si nous choisissons un groupe cible pour un objectif de prévention particulier, nous pouvons ensuite élaborer une stratégie plus efficace et mesurer les résultats positifs.

On doit reconnaître l'effet négatif de la pauvreté, la violence familiale, l'agression sexuelle, les handicaps chroniques, les grossesses chez les adolescentes, les familles monoparentales, la pharmacodépendance, l'analphabétisme, le chômage et d'autres problèmes sociaux qui nécessitent des changements systématiques dans la manière dans laquelle notre société répond à de tels besoins.

Bon nombre de programmes de promotion de la santé ou de prévention des maladies ne semblent pas atteindre nécessairement le groupe visé. Le format et le réseau de distribution de la documentation n'atteignent peut-être pas les personnes à risque avant qu'il ne soit trop tard, si jamais ils les atteignent. L'éducation en matière de santé doit être offerte à l'aide d'un format efficace à un moment opportun avant que le consommateur n'ait adopté des habitudes de vie. Nous devrions utiliser plus intelligemment les techniques de motivation et de publicité dans nos programmes d'éducation pour atteindre nos groupes cibles sans juger ou blâmer la victime.

Voulons-nous lancer de nombreuses campagnes de promotion de la santé ou visons-nous à être sélectifs et efficaces pour modifier le comportement négatif de nos citoyens? Comment pouvons-nous obtenir de meilleurs résultats à l'aide des ressources dont nous disposons?

Par exemple, ce n'est pas un moyen de prévention efficace de permettre au conducteur en état d'ébriété d'aller sur la route, de causer un accident et de blesser des personnes innocentes pour ensuite l'accuser de conduite en état d'ébriété. Dépenser des milliers de dollars pour des brochures de luxe ne sera pas une méthode efficace de sensibiliser les personnes à risque, si celles-ci ne peuvent pas lire.

Les droits humains individuels et les choix personnels doivent être accompagnés des responsabilités relatives à la santé des autres et de la reconnaissance des coûts que représentent pour la collectivité en général les conséquences d'habitudes malsaines. Devrions-nous permettre aux fumeurs de fumer une cigarette dans un restaurant ou au travail et de faire subir à leurs voisins ou à leurs collègues de travail les risques de la fumée secondaire? Comment établir un équilibre entre le secret professionnel concernant le patient qui est séropositif et son refus de prendre des mesures de précaution pour des relations sexuelles sans danger ou d'aviser ses partenaires de la présence du virus? Devons-nous laisser à chaque personne le choix de porter sa ceinture de sécurité ou non? Comment protéger l'enfant qui n'est pas encore né contre la mère fumeuse qui consomme de l'alcool ou qui prend des drogues pendant la grossesse, mettant le foetus en danger?

On pourrait améliorer l'état de santé en créant un environnement physique et social permettant à un plus grand nombre de gens de jouir d'une meilleure santé. Les facteurs tels que le logement, l'emploi, le revenu, la nutrition, le transport et la sensibilisation aux ressources communautaires pourraient réduire le besoin de services de soins pour maladies aiguës coûteux dispensés par le système médical officiel.

La politique générale doit être examinée continuellement et coordonnée du point de vue de ses effets possibles sur la santé. Les partenariats entre les trois paliers de gouvernement doivent être intensifiés pour offrir une continuité et une constance des approches.

Les ressources communautaires tels que les entreprises, les clubs de services, les écoles, les hôpitaux, les foyers de soins, les églises, les bureaux de bénévoles, les organismes de promotion des droits, les professionnels locaux des services de santé et autres intervenants doivent travailler ensemble pour renforcer le concept des communautés en santé.

Il nous faut des coalitions de groupes de partenaires plutôt que des positions divergentes et des «guerres» entre les intérêts sectoriels distincts. Quoique certains revendiquent un éloignement de la croissance dans le secteur institutionnel en faveur des systèmes de soutien communautaires, nous devons reconnaître que les institutions font partie de la communauté et que ce lien communautaire pourrait être renforcé. Par exemple, les hôpitaux et les foyers de soins pourraient offrirent davantage de soins ambulatoires, de services de dépistage, de garde de jour pour adultes, de sessions en santé publique, de cliniques pour diabétiques, de formation pour les professionnels de la santé, etc. afin de trouver un équilibre au sein des niveaux en soins de courte durée nécessaires. Le personnel qui travaille en institution fait aussi partie de notre communauté.

La méthode actuelle d'utiliser nos ressources aura un effet sur notre façon de traiter les gens à l'avenir. Nous devrons peut-être passer de 10 à 20 ans à réduire l'usage du tabac et à mettre l'accent sur la réduction des facteurs de risque pour la santé cardiaque afin d'être en mesure de prouver cliniquement que nous avons réussi à réduire considérablement les maladies cardiaques, les accidents cardio-vasculaires et le cancer du poumon prématuré. Chaque jour que nous attendons maintenant augmente le coût des soins aigus et les coûts connexes des problèmes de santé graves inutiles qui surgiront plus tard.

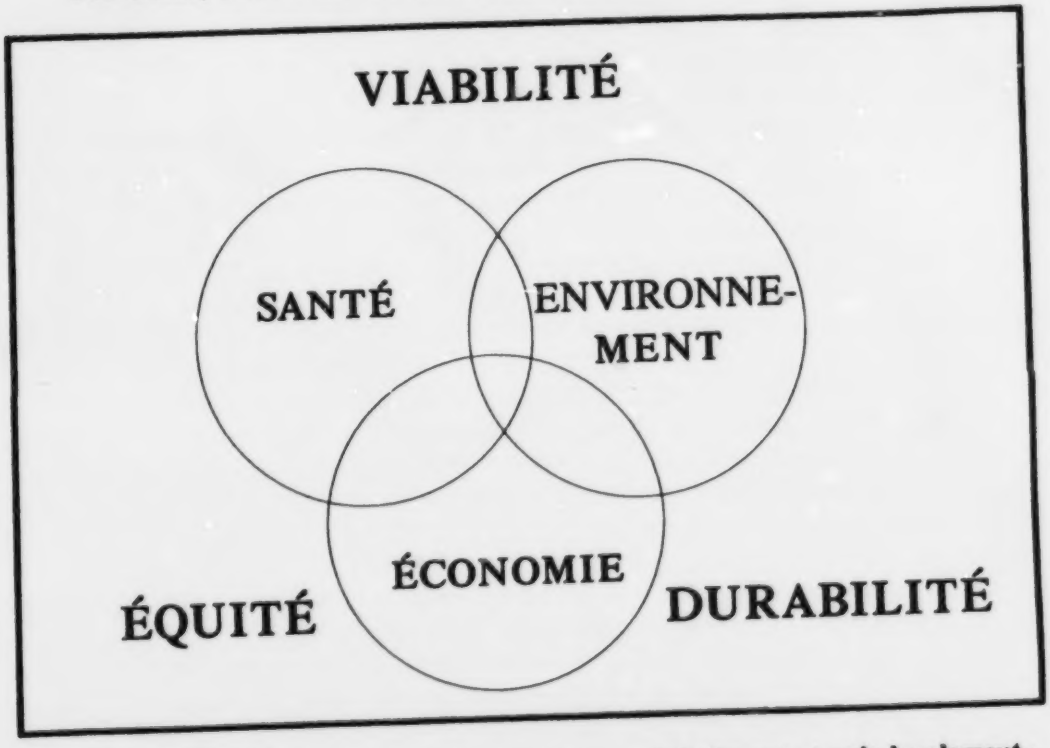
Il est possible que l'affectation de sommes plus considérables aux nouveaux lits d'hôpitaux, aux foyers de soins et à la haute technologie contribue peu à modifier l'état de santé ou la qualité de vie. Nous dépistons certains problèmes plus tôt, ce qui pourrait mener à une meilleure gestion de l'état de santé et la possibilité d'un remède. D'autres patients sont maintenus vivants plus longtemps avec l'aide de la technologie, mais ne «vivent» pas nécessairement plus longtemps. Nous devons rechercher une meilleure évaluation de la valeur de certaines modalités technologiques et de traitements avant de se précipiter à équiper chaque hôpital avec les plus récents gadgets et pilules. Devrions-nous prolonger la vie des patients souffrant d'une condition terminale par des moyens héroïques et coûteux? Il nous faudrait aussi considérer la qualité de vie des personnes qui demeurent dans les salles de soins prolongés des hôpitaux seulement parce qu'ils n'ont aucun autre endroit où aller. On aura toujours besoin de lits dans les hôpitaux et dans les foyers de soins, mais il nous faudrait peut-être déterminer plus précisément le nombre et à la localité de ceux-ci afin de rencontrer les besoins réels de la province.

Il faut implanter les changements dans notre approche avec sagesse et mesurer constamment les résultats. Si nous agissons trop rapidement et dirigeons nos efforts dans trop de différentes directions en même temps, nous ne pourrons peut-être jamais déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

Nous devons effectuer de la recherche continue sur les techniques de promotion de la santé et les mesures de prévention; nous devons aussi offrir des services de sensibilisation et une formation pratique aux intervenants pour qu'ils soient conscients de ce qu'ils peuvent accomplir en utilisant les ressources qu'ils ont probablement à leur disposition, et pour qu'ils sachent comment procéder et pourquoi. Ils doivent posséder une formation qui les aide à comprendre les besoins de la communauté en matière de santé, et pouvoir obtenir l'appui de la communauté pour qu'elle leur propose de nouvelles suggestions et solutions. Ils doivent également connaître la valeur de l'évaluation des résultats afin que les ressources puissent être affectées aux nouveaux besoins prioritaires en vue des résultats souhaités.

Dr Trevor Hancock de Toronto est reconnu comme un chef de file dans l'élaboration du concept des communautés en santé au Canada. Dans un discours prononcé à Montréal en octobre 1990, durant la **Conférence sur les projets canadiens des communautés en santé**, il a souligné la nécessité de faire preuve de créativité, de souplesse et d'imagination si nous voulons apporter des changements réels.

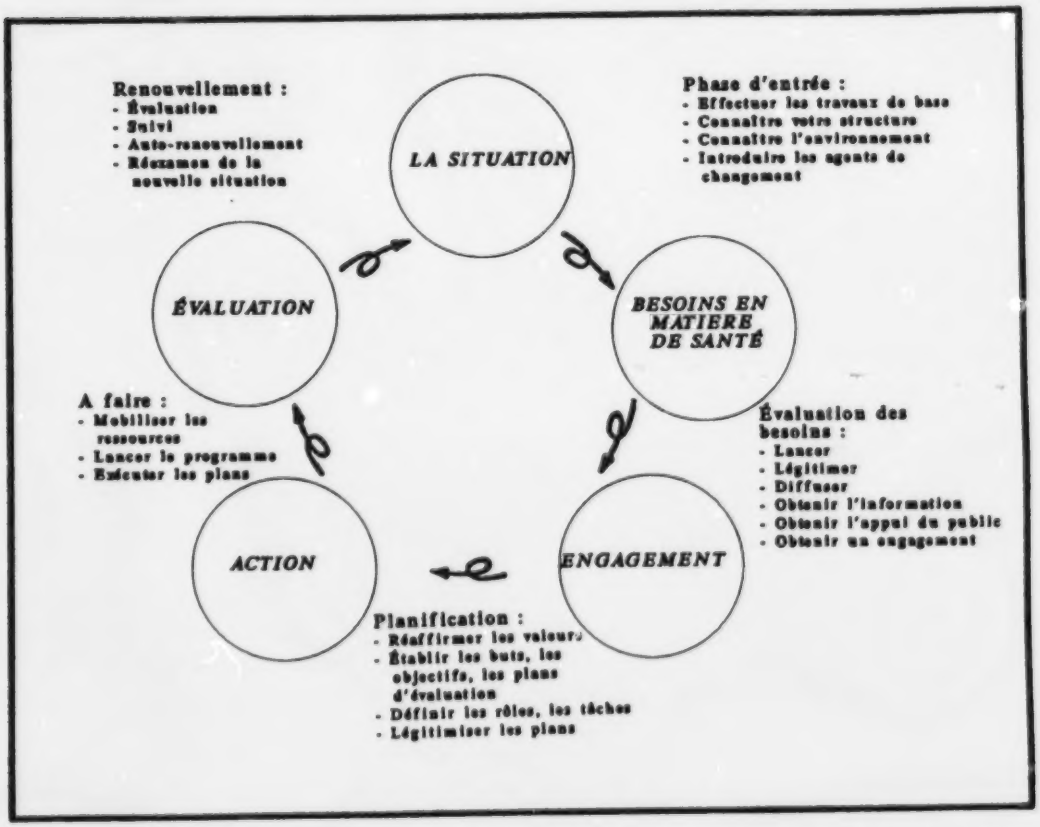
Les gens de différents secteurs doivent participer, en collaboration avec le secteur de la santé traditionnelle, chacun confiant un certain rôle à l'autre. À l'aide du diagramme ci-dessous, il a illustré ses commentaires sur les concepts d'intégration de la viabilité, de l'équité, de la durabilité à la santé, à l'environnement et à l'économie, si nous voulons arriver à un système sain :



Le Dr Hancock a dit que nous devons **«penser globalement et agir localement»** si nous voulons réussir. Il estime que les communautés locales ont plus que les autres paliers de gouvernement l'occasion de provoquer des changements et de créer des coalitions en permettant des activités plus innovatrices. Les municipalités sont plus sensibles et plus près de la population. Nous pouvons peut-être examiner les causes d'un mauvais état de santé au lieu de traiter les résultats sur le plan médical seulement.

Cette approche communautaire face aux questions en matière de santé nous amènera parfois à affronter le pouvoir réel. Nous devons être prêts à défendre notre santé avant les profits et les droits de propriété. Nous devons pouvoir adopter une approche à long terme dans les meilleurs intérêts de nos citoyens et de nos communautés en vue de leur protection collective.

Le modèle suivant provient du guide intitulé **Healthy Communities: The Process**, préparé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Cet aperçu du processus illustre le besoin d'une évaluation et d'action continus dans une situation dynamique qui vise à répondre aux besoins de la communauté en matière de santé.



Source : Healthy Communities: The Process. Ministère de la Santé, Colombie-Britannique, 1989.

Nous reprendrons ce concept dans la partie du présent rapport qui contient les recommandations.

V. Activités du gouvernement au Nouveau-Brunswick pour régler les questions en matière de promotion de la santé et de prévention

Le Nouveau-Brunswick était la première province de l'Empire britannique à nommer un ministre de la Santé en 1918. Au cours des décennies qui ont suivi, notre province a fait des efforts pour améliorer la politique générale sur la santé pour le bien-être des citoyens.

Toutefois, comme les attentes de nos citoyens ont continué d'augmenter et que la dépendance de nos structures actuelles de services a exercé des pressions sur nos ressources financières pour répondre à ces attentes, le gouvernement a pris des mesures afin de dresser le bilan de notre situation et déterminer l'orientation à adopter en matière de santé.

Depuis la mise en oeuvre du **Programme de chances égales en 1967**, la province a tenté de promouvoir l'accès équitable à la santé et aux ressources communautaires en combinant divers degrés de contrôle décisionnel provincial, régional et local; les normes et la prestation des services; et le financement de ces services.

La **Commission McKelvey-Lévesque sur certains programmes de soins de santé** a étudié quelques aspects du système médical mais elle a souligné d'autres points qui doivent être examinés globalement.

Cet important rapport a été reconnu comme un point tournant parce qu'il demande au gouvernement de revoir de façon plus à long terme sa planification et d'essayer d'intégrer toute la politique gouvernementale dans des stratégies efficaces pour protéger et améliorer l'état de santé de notre population aujourd'hui et demain.

Le **Conseil du premier ministre en matière de santé** travaillera à l'élaboration d'une stratégie provinciale en collaboration avec les autres intervenants. Manifestement, le ministère de la Santé et des Services communautaires aura un rôle important à jouer pour dresser et ensuite mettre en oeuvre un plan stratégique en matière de promotion de santé et de prévention. Nous sommes heureux que le **plan global proposé du ministère de la Santé et des Services communautaires** ait établi **cinq objectifs majeurs** qui s'intégreront assez bien à la stratégie générale du gouvernement pour améliorer l'état de santé des citoyens du Nouveau-Brunswick. **Ces cinq objectifs expriment officiellement l'intention du ministère de la Santé et des Services communautaires :**

1. **d'accroître le nombre d'années où les résidents individuels du Nouveau-Brunswick vivent libres de maladie, d'handicaps et d'infirmité majeurs.**

2. **d'accroître l'accent mis sur la promotion du bien-être et de la prévention du dysfonctionnement social.**

3. **d'aider les particuliers et les familles à atteindre et à maintenir le bien-être.**

4. **Promouvoir la réalisation et le maintien d'un environnement physique et social sain.**

5. **Assurer des services de santé et communautaires accessibles, abordables et adéquats pour les citoyens du Nouveau-Brunswick.**

Nous pouvons constater l'impact de ces objectifs généraux dans d'autres récents rapports du ministère tels que le cadre stratégique intitulé **Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de la vie de nos enfants** préparé par le **Bureau des services à l'enfance** et **Promotion de l'autonomie des citoyens aînés** qui est le cadre stratégique produit par le **Bureau des personnes âgées**. Nous désirons aussi porter votre attention au nouveau cadre stratégique des services de la santé mentale annoncée par la Province en 1988.

L'unité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies ainsi que les autres services de santé publique et la Division des services médicaux devraient travailler en étroite collaboration avec la Direction de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services communautaires afin d'encourager des liens plus étroits entre les différents intervenants pour les programmes de promotion et de prévention. Par exemple, nous devrions voir plus d'appui pour les réformes entreprises par la **Commission de santé mentale du Nouveau-Brunswick.** Notre Conseil pourrait peut-être donner des avis à ce sujet.

La communication entre les ministères et les services gouvernementaux pourrait sans contredit être améliorée; tous les intervenants semblent poursuivre leurs programmes isolément. Bien que la plupart des ministères prétendent faire de l'évaluation continue de leurs services, ils n'ont pas pu indiquer clairement quelle évaluation a été effectuée, ni fournir de la documentation à ce sujet.

Il ne semble pas exister de mécanisme pour la communication ou la coordination régulière des programmes de promotion de la santé ou de prévention des maladies entrepris par les groupes communautaires. Bon nombre de ces groupes recevaient certaines subventions du gouvernement fédéral et/ou du gouvernement provincial, mais leurs stratégies étaient mal intégrées; par exemple, campagne publique sur la consommation d'alcool, information sur les maladies cardiaques, l'usage du tabac, l'usage des drogues, etc.

Pour bien utiliser les ressources communautaires et bénévoles à but non lucratif, nous devons accroître le degré de respect et de coopération mutuels entre le gouvernement et les groupes communautaires. Notre Conseil a sollicité la participation de ces groupes à l'élaboration des politiques et à la prise de décisions de façon proactive et coopérative. Nous encourageons le ministère de la Santé et des Services communautaires ainsi que les autres ministères provinciaux à adopter la même approche.

Cette stratégie de consultation est très conforme à la philosophie gouvernementale actuelle tel que le démontre la création de ce Conseil et d'autres activités comme la mise sur pied de la **Table ronde du premier ministre sur l'environnement et l'économie**.

Nous reconnaissons l'importance des travaux épidémiologiques entrepris pour créer le **«Rapport d'état de santé des Néo-Brunswickois»** et le **«Rapport de l'étude sur la santé cardiaque au Nouveau-Brunswick»**.

Le **Comité de coordination de la santé cardiaque du Nouveau-Brunswick** participe à la création d'un Programme provincial de santé cardiaque. Il existe aussi un **Comité de travail sur la lutte contre le cancer** dirigé par la Division du Nouveau-Brunswick de la Société du Cancer. Un autre exemple est le Comité interdisciplinaire sur la prévention du suicide. Ces comités pourraient servir de modèles pour la collaboration intersectorielle dans des secteurs de problèmes et de risques particuliers.

Nous avons constaté une bonne communication entre le gouvernement provincial et fédéral (en particulier Santé et Bien-être social et le Centre de la prévention des maladies) pour l'échange d'information. Nous n'avons pas vu assez de preuve d'échange d'information au niveau de l'administration municipale, ni une reconnaissance du rôle possible que cette administration pourrait jouer afin d'améliorer l'état de santé de la communauté, autre que quelques communautés qui ont démarré des projects de renforcement communautaire en matière de santé tels que ceux de Bathurst et de Sackville.

Le **«Rapport sur l'état de santé»** semble avoir été axé sur les maladies cardiaques et le cancer, pourtant les données ont aussi révélé que les **accidents de voiture sont le deuxième facteur important contribuant à la perte d'années de vie possibles chez les hommes et les femmes durant la période de 1982-1986 au Nouveau-Brunswick. Le suicide est le troisième facteur élevé chez les hommes pour la perte d'années de vie possibles durant cette période.**

Les principales causes de décès pour la période de 1981 à 1985 au Nouveau-Brunswick étaient les suivantes :

1 - maladies de l'appareil circulatoire
2 - néoplasmes (cancer)
3 - maladies de l'appareil respiratoire
4 - causes externes de blessures et empoisonnement.

Les modes d'utilisation de l'hôpital ont également indiqué que les blessures et les cas d'empoisonnement représentent un taux plus élevé de sorties de l'hôpital que les cas de cancer pour l'année 1984-1985. La réduction des services de prévention en santé publique devrait être examinée en vue de ces statistiques.

Des statistiques publiées par **l'Institut canadien de la santé infantile** révèlent que les **principales causes de décès chez les enfants âgés de 5 à 14 ans au Canada en 1985 étaient :**

55 %	blessures
19 %	cancer
6 %	défauts de naissance
5 %	appareil nerveux
15 %	autres causes.

La première cause d'hospitalisation des enfants âgés de 5 à 14 ans en 1983 était les maladies respiratoires (la plupart des admissions dans cette catégorie étant reliées à des maladies chroniques, par exemple, les adénoïdes et les amygdales ainsi que l'asthme) suivies des blessures. **Nous devons donc encore une fois souligner la nécessité d'examiner les sous-groupes de notre population afin de déterminer les tendances qui pourraient justifier une intervention.**

Nous croyons qu'une stratégie devrait être élaborée pour prévenir les blessures et l'empoisonnement de façon plus efficace. Par exemple, la réduction des blessures à la tête, des blessures à la colonne vertébrale et d'autres blessures causées par des accidents de voiture et des chutes pourrait diminuer les coûts des services de soutien communautaires et des soins médicaux. Par exemple, selon l'Association canadienne des paraplégiques, un patient typique ayant subi une blessure à la colonne vertébrale passerait 78 jours au centre de réadaptation en plus d'un séjour en soins de courte durée à l'hôpital. Nous pourrions peut-être convaincre les compagnies d'assurance à être plus innovatrices en matière de prévention s'ils devaient charger des primes pour les activités à grands risques qui reflètaient le coût réel d'un accident grave. En tout cas, nous devrions commencer à reconnaître les occasions pour réduire la demande et les coûts pour le traitement de blessures en améliorant les stratégies de prévention.

En résumé, nous croyons qu'il faut une consultation accrue, plus d'échange d'information et une meilleure coordination des activités actuelles en vue d'évaluations et de planification plus efficaces pour obtenir des résultats mesurables à l'avenir. Il ne faut pas présumer que ces mesures se prennent de façon systématique, mais nous devrions demander plutôt au ministère d'expliquer en détail comment il entend améliorer la consultation et la coordination et avec qui. Une telle consultation doit inclure les fournisseurs de services de premier plan tels que les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les revendicateurs et les autres qui travaillent directement avec les gesn et leurs besoins. **Le processus devrait toujours établir l'objectif; déterminer comment y arriver; qui participera; quand il sera atteint; quelles ressources seront exigées; et quand et comment ces résultats seront évalués.**

Nous devons assurer l'utilisation judicieuse et le réaménagement des ressources disponibles pour que les résultats soient davantage mesurables.

VI. Sommaire des initiatives du gouvernement provincial vis-à-vis la promotion de la santé et questions de prévention

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'intéresse depuis longtemps aux questions de santé publique. Les communautés ont reconnu la nécessité d'avoir des normes provinciales quelconques concernant la prévention des épidémies de maladies transmissibles.

La Loi sur la santé publique de 1887 établissait un Conseil provincial de la santé dans la province, bien qu'il s'agissait d'un système plutôt faible. Les réformes ont abouti à la création d'un ministère provincial de la Santé en 1918, le Dr Williams Roberts étant le premier à avoir été nommé ministre de la Santé dans l'Empire Britannique.

Donc, on pourrait faire valoir que le gouvernement et la population du Nouveau-Brunswick ont manifesté un leadership en vue de résoudre certains problèmes de santé pouvant être prévenus et qu'ils ont appuyé la participation du gouvernement à la prévention.

Au cours des dernières décennies, nous avons entendu de nombreux arguments faisant ressortir les avantages qu'il y aurait à promouvoir des habitudes de vie saines, à protéger l'environnement et à prévenir les maladies ou les blessures pouvant être empêchées. Malgré la reconnaissance de ces résultats positifs, tels que la qualité de vie améliorée et la réduction des coûts énormes de notre système de soins de santé, nous nous demandions si le gouvernement provincial a pris adéquatement des mesures efficaces et coordonnées pour atteindre les objectifs de la promotion de la santé et de la prévention.

Nous avons voulu encourager plus d'efforts continus en matière de promotion de la santé ou de prévention de maladies auprès du public en général ou de groupes cibles particuliers jugés comme étant à risque.

Nous avons amassé l'information présenté dans la première ébauche de ce rapport afin d'expliquer les programmes les plus visibles offerts par les ministères et organismes du gouvernement provincial. Nous n'avons pas examiné les ministères qui prévoient participer aux dossiers en matière de santé mais qui n'ont pas encore de programmes. Nous devons ici faire mention de l'appui évident en principe accordé par tous les ministères du gouvernement à une population plus en santé et plus heureuse comme exprimé dans l'exposé de position **Santé 2000** de la Province en 1990.

Nous avons décidé de ne pas entrer en détails dans cette version du rapport vis-à-vis toutes les initiatives individuelles offertes par les ministères provinciaux et par les agences. Ce matériel est disponible sur demande.

Nous voulons toutefois diriger votre attention à certaines de nos observations générales vis-à-vis le ministère de la Santé et des Services communautaires et la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick.

Ministère de la Santé et des Services communautaires

On pourrait présumer, d'après le nom de ce ministère, que les mesures visant à améliorer l'état de santé au public seraient activement encouragées et valorisées. Les services de santé publique de cette province ont par le passé joui d'une réputation fondée sur la grande visibilité et la participation communautaire des infirmières-hygiénistes et d'autres professionnels du ministère.

À la suite de la réorganisation des structures de gestion et de prestation effectuée par le gouvernement provincial par l'entremise du Cabinet de la réforme et d'autres procédés internes, il semble régner de la confusion dans les services de promotion de la santé et de la prévention. Le rôle du personnel et l'accès aux ressources ont été modifiés dans une certaine mesure, et la liaison entre des sections du ministère a été affaiblie.

Le fusionnement du personnel de la santé et des services sociaux a été effectué sur papier mais pas nécessairement dans les faits. Le mandat regroupé plus important de ce super ministère a manifestement créé certains problèmes qui rendent les structures de communications, de gestion et de budgétisation plus complexes et plus difficiles à comprendre.

Lors des nombreuses entrevues avec les fonctionnaires du ministère à tous les niveaux, il était évident qu'une bonne quantité de données et d'information utiles ont été dévelopées, ou sont en voie de l'être, par diverses sections et services de ce ministère. Toutefois, il était également évident qu'il n'existe pas encore de système global et efficace d'échange d'information entre toutes les parties intéressées à l'intérieur et à l'extérieur du ministère.

La «bibliothèque» actuelle du ministère devrait être améliorée et mise à jour. Les régions devraient avoir accès aux listes des acquisitions qui devraient être réparties en deux sections, celle de la documentation publique et celle de la documentation confidentielle. Le bureau du Conseil a établi pour sa bibliothèque un système de cataloguage de base qui permet aux intéressés d'avoir accès aux ouvrages accessibles. Le matériel de recherche de notre Conseil sera remis au ministère à la fin de notre mandat, et nous aimerions voir une réforme de la procédure de partage d'information.

Le Conseil aimerait encourager tous les ministères et agences gouvernementaux à reconnaître qu'ils ont un rôle à jouer dans le développement et la mise en vigeur d'une politique générale saine et à donner une plus grande priorité aux efforts qui pourraient améliorer la santé de leurs clients et de leurs employés.

En adoptant la définition globale des déterminants de la santé, nous aurons besoin d'efforts créatifs en temps de contraintes financières afin d'adresser les problèmes sociaux de pauvreté, de violence familiale, d'alphabétisation, de l'estime de soi, d'éducation, de travail, de la désunion familiale, d'habitation, de la pharmacodépendance, de grossesse chez les adolescentes, de transport, etc. si nous désirons voir une véritable transformation de l'état de la santé.

Ceci comprend le besoin d'une allocation de ressources financières et humaines aux fins de résultats réels pour les segments de notre population qui sont à grands risques.

Nous avons constaté que peu, si tant, de ces programmes ont été examinés par une source externe au ministère responsable. L'évaluation de l'efficacité était principalement une évaluation subjective effectuée par la personne ou la direction chargée d'offrir le programme ou le service. Nous avons été étonnés de voir que peu de ces programmes avaient des objectifs ou cibles précis mesurables pour déterminer l'efficacité.

Nous avons remarqué qu'un certain nombre de projets-pilotes et de petits programmes spéciaux qui semblaient être lancés et menés à terme sans une évaluation réelle dépendaient de fonds fédéraux qui ne prévoyaient pas de dispositions pour assurer la continuité des projets établis.

La plupart des programmes provinciaux avaient été mis sur pied à la suite d'une requête et étaient offerts sur demande aux écoles et aux groupes communautaires. Il semblait y avoir peu de planification quant aux ressources fournies, quant à ceux qui les recevraient et quand. La même approche et les mêmes ressources ont été souvent utilisées année après année.

Ce bilan de la situation ne vise cependant pas à nier l'appui et l'intérêt évidents au sein du gouvernement en matière de santé et de sécurité du public. Une meilleure coordination, planification et évaluation pourrait peut-être permettre d'accomplir davantage à l'aide des ressources disponibles. Il pourrait aussi s'avérer nécessaire de reconnaître qu'un investissement accru en promotion de la santé et en prévention serait une meilleure stratégie pour limiter la croissance inutile des autres systèmes traitant les problèmes sociaux et de santé qui s'aggravent jusqu'à l'état de crise.

Nous aimerions maintenant discuter des programmes continus du ministère en matière de promotion de la santé et de prévention.

Unité de promotion de la santé et de la prévention des maladies

Cette unité relève de la **Division des services de santé publique et médicaux**. Elle est dirigée par un directeur qui est aussi épidémiologiste provincial. L'unité compte aussi des consultants chargés des programmes de soutien tels que SIDA, orthogénie, nutrition, immunisation, prévention des maladies, tabagisme, etc.

Nous avons constaté que la **Division des services de santé publique et médicaux** a été réorganisée. L'**Unité de soutien et de consultation médicale** comprend des médecins-conseils et des conseillers en réadaptation. L'**Unité de santé communautaire et environnementale** et une unité pour le **médecin-chef de la santé publique** et **les médecins-hygiénistes régionaux** relèvent de cette division.

Les unités semblent avoir été divisées de façon à être relativement équilibrées par rapport au nombre d'employés, mais elles n'ont peut-être pas été conçues pour englober toute la planification et la prestation des programmes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies en particulier.

Les communications sont possiblement fragmentées et incohérentes au sein de ces unités. Cette situation crée un plus grand problème lorsqu'on traite avec tout le ministère ou les autres ministères et organismes non gouvernementaux participant à la promotion de la santé.

Nous soulignons la préparation de deux importants rapports du ministère de la Santé et des Services communautaires, grâce à l'aide financière de Santé et Bien-être social Canada. Le rapport intitulé «État de santé des Néo-Brunswickois» publié en 1990 fournit un aperçu utile des types de problèmes de santé dans la province. Il sera maintenant possible d'établir des objectifs pour réduire les taux d'incidence de certains problèmes et de déterminer si les stratégies en matière de promotion de la santé et de prévention sont efficaces.

Il en est de même pour le rapport intitulé «Le rapport de l'étude sur la santé cardiaque au Nouveau-Brunswick» publié en décembre 1989. Il a démontré clairement l'étendue du problème et le manque de connaissance, d'un bon nombre de nos citoyens, des facteurs de risque qui pourraient causer des maladies cardiaques.

Le ministère a déjà commencé à étudier les questions de la santé cardiaque grâce à des fonds accordés par le gouvernement fédéral pour des campagnes de sensibilisation du public et d'autres initiatives qui seront entreprises dans le cadre de cette stratégie en vertu d'un plan d'action quiquennal. On a créé un comité

composé de 22 représentants du gouvernement, de l'industrie, des organismes bénévoles et des associations professionnelles afin d'élaborer cette stratégie. (Le 21 février 1991, le comité s'était réuni une fois et une autre rencontre était prévue pour le mois de mars.) Les maladies cardiaques deviendront une première priorité, l'accent étant mis sur différentes modalités d'intervention pour le tabagisme, la nutrition, l'exercice, etc.

L'«étude sur la santé cardiaque» sera effectuée de nouveau durant la quatrième année de la stratégie afin de mesurer les résultats.

La «stratégie d'éducation en matière de SIDA» est déjà en cours et l'accent est mis davantage sur l'éducation des jeunes. Des négociations avaient été entreprises pour déterminer le niveau de financement que le ministère devrait accorder à SIDA-NOUVEAU-BRUNSWICK pour l'établissement d'un service d'information téléphonique provincial. Les médecins-hygiénistes et les services de la santé publique locaux doivent jouer un rôle actif dans la sensibilisation du public. Une campagne dans les médias a été lancée, d'autres activités seront organisées ultérieurement, telles que des ateliers par l'entremise des collèges communautaires. On tente de travailler avec la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail et les groupes d'employeurs et d'employés afin de mettre en oeuvre une stratégie sur le SIDA dans les milieux de travail.

Le «Comité Cancer 2000» est composé de groupes qui tentent d'étudier les dossiers liés à la prévention et à la lutte contre le cancer.

Services hospitaliers

Les hôpitaux commencent à utiliser leur groupe captif de patients pour les sensibiliser à la santé pendant qu'ils sont à l'hôpital pour y recevoir des traitements ou des services de consultation externe. Les hôpitaux utilisent leurs installations pour les groupes communautaires et autres afin de présenter des conférences, des expositions et de distribuer de la documentation en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Médecins-hygiénistes et Santé publique

La province a toujours de la difficulté à recruter et à retenir des médecins pour combler ces postes. Une partie de ce problème est attribuée à la fragmentation des structures d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques. Il pourrait s'avérer nécessaire de modifier considérablement la *Loi sur la santé* de la province pour tenir compte des réalités actuelles du système de santé et des objectifs à atteindre. Par exemple, on pourrait donner plus de pouvoir aux inspecteurs de la santé publique et accroître les pénalités afin de créer des agents de dissuasion plus efficaces.

Le recrutement et les niveaux de salaire des inspecteurs sont toujours un problème important, surtout compte tenu du manque d'installations et de formation pour les inspecteurs francophones. La formation de techniciens permettrait peut-être d'améliorer la situation.

Au printemps, à l'été et à l'automne, les inspecteurs consacrent quatre-vingt pour cent de leur temps aux inspections des systèmes de fosses septiques; les inspections des restaurants sont donc très limitées.

On a laissé entendre que les stratégies actuelles pour la divulgation des maladies transmissibles ne sont pas efficaces. Le nombre de ces maladies qui sont divulguées est probablement très faible au Nouveau-Brunswick. Nous aimerions voir la question de confidentialité et de la logistique améliorées chez la déclaration de tous types de maladies transmises sexuellement.

Même l'inscription de la cause du décès sur les certificats de décès pourrait être mise en doute si nous essayons d'obtenir des statistiques exactes sur des problèmes comme le suicide.

Le Nouveau-Brunswick peut être fier de sa politique sur l'immunisation des enfants avant leur entrée dans le système scolaire public. Il a été convenu cependant qu'il faudrait accorder une attention plus constante à la santé publique dans le système scolaire, y compris la tenue de dossiers sur l'immunisation.

La santé publique peut offrir des services prénatals, y compris les visites à domicile pour les mères qui ont des problèmes socio-économiques ou pour les naissances attendues lorsque des facteurs de risque sont prévus.

Les tests de dépistage pour l'audition, la vision et l'élocution devraient être effectués très tôt.

Conseillers en réadaptation

Nous avons rencontré trois conseillers en réadaptation de la Direction des services de santé publique et médicaux. Ils nous ont rappelé que les services de réadaptation dans cette province ne sont pas fournis uniquement pour traiter les problèmes de santé et les handicaps; l'objectif est plutôt de rétablir le fonctionnement à un niveau normal, d'améliorer le degré de fonctionnement dans la plus grande mesure possible et de prévenir ou de réduire les pertes de fonctions.

Un «Plan directeur sur les services de réadaptation» pour la province est attendu prochainement.

Bureau des services à l'enfance

Le Bureau avait comme mandat d'assurer la coordonnation de l'élaboration des politiques et la planification des programmes du gouvernement quant aux services à l'enfance au sein de tous les ministères, y compris le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Notre Conseil a communiqué avec le Bureau des services à l'enfance; celui-ci offrait un point d'accueil pour les groupes ou les personnes qui ont des suggestions afin d'améliorer l'efficacité des programmes actuels ou des réformes à suggérer.

Un comité interministériel et un comité consultatif provincial ont été établis pour aider le Bureau dans son travail. Le Bureau a publié un document important à titre de **«Politique pour les services à l'enfance au Nouveau-Brunswick»**. Nous vous encourageons à étudier cet important document.

Bureau pour citoyens aînés

Ce bureau qui se trouve au ministère de la Santé et des Services communautaires a été établi en décembre 1989. Il constitue au sein de tous les ministères, un forum pour la coordination de l'élaboration des politiques et des programmes gouvernementaux à l'intention de toutes les personnes âgées.

Un comité consultatif provincial de groupes non gouvernementaux ainsi qu'un comité interministériel ont été créés.

Le Bureau a également préparé un **répertoire des services accessibles aux personnes âgées du Nouveau-Brunswick**. Une **«politique d'encadrement»** a été soumise au Cabinet ainsi qu'un plan d'action proposant certaines activités d'ici 1992-1993. Nous avons entrepris l'analyse de ces documents.

Le Bureau pour citoyens aînés s'intéresse activement à l'état de santé des personnes âgées et aux programmes de santé destinés à ces personnes. Il a préparé une étude sur les soins à long terme aux personnes âgées vulnérables. Nous continuerons d'assurer la liaison avec le Bureau au cours de l'exécution de notre mandat.

Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance

Au mois de novembre 1991, la Province a annoncé que le ministère de la Santé et des Services communautaires assumerait les responsabilités de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance. On nous a dit que ceci ne réduirait pas le niveau des présents services de traitement ni la livraison de leurs programmes d'éducation publique.

Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick

Nous avons rencontré les cadres supérieurs de la Commission et nous avons reçu des exemplaires du guide «Manuel pour les membres du Conseil de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick» préparé en avril 1990. Ce cahier explique en détail les orientations proposées actuelles et précédentes pour les services de santé mentale dans la province.

Puisque la Commission est relativement nouvelle et se développe dans une période de sévère restrictions financières, nous devrons suivre de près les résultats obtenus au cours des deux prochaines années dans le domaine de la prévention et de la promotion d'habitudes de vie saines.

Ces changements de programme doivent être réalisés dans le cadre des nouvelles structures administratives établies par la Commission qui prévoient une participation accrue des consommateurs et la prise de décisions régionales.

Des problèmes particuliers ont été définis relativement aux besoins des enfants, des adolescents et des personnes âgées. La prévention du suicide sera une grande priorité.

L'Institut de recherche de la santé mentale du Nouveau-Brunswick est mis au point comme véhicule pour offrir de l'information plus autonome sur les questions de santé mentale.

Politique provinciale sur la santé mentale

À l'automne de 1988, le gouvernement a annoncé à l'Assemblée législative son intention d'adopter une nouvelle politique pour les services de santé mentale qui prévoyait ce qui suit :

- La mise sur pied d'un réseau équilibré de services de santé mentale communautaires et en établissement.
- Un réseau de services et de soutien visant à répondre aux besoins des particuliers sur une base régionale, dans la mesure du possible.

- Toutes les options communautaires à explorer avant de recommander qu'une personne soit admise à l'hôpital.

- La nécessité d'affecter des ressources suffisantes au réseau de santé mentale et en particulier à la mise sur pied de services communautaires.

- La mise sur pied et le renforcement des groupes de soutien non officiels pour les malades mentaux, tels que les amis, les familles, les voisins et les groupes d'entraide.

- Accent accru mis sur les activités visant à prévenir les maladies mentales et accroître le nombre de fournisseurs de services qualifiés.

- Promulgation des modifications à la Loi sur la santé mentale afin de répondre aux exigences de la Charte des droits et enfin,

- Adoption d'un plan de dix ans de réaffectation des ressources des établissements au secteur communautaire.

Mission

La mission de la Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick est d'améliorer, de restaurer ou de maintenir la santé mentale et le bien-être affectif des citoyens.

Cet objectif sera réalisé par des programmes dans les domaines suivants :

- prévention
- traitement
- réadaptation
- maintien et
- promotion

qui sont :

- axés sur la personne,
- efficaces par rapport aux résultats;
- imputables en matière de gestion des ressources financières et humaines et
- aptes à assurer la participation communautaire et individuelle.

Principes

La Commission de la santé mentale croit que :

Les personnes doivent avoir accès à une gamme variée de services qui répondent adéquatement à leurs besoins particuliers, où qu'elles soient et qui qu'elles soient.

Les services doivent être planifiés en consultation avec les personnes qui en ont besoin, les membres de leur famille et leurs proches. Les services doivent encourager la personne à participer à la vie communautaire, promouvoir l'autodétermination et assurer le respect des différences individuelles.

Le système de service doit assurer la continuité des soins par des mécanismes de coordination efficaces au niveau individuel et du système. Une approche de collaboration entre les organismes communautaires, les professionnels et les utilisateurs des services est essentielle à cette coordination.

Les services doivent être répartis équitablement dans la province, en tenant compte surtout des disparités rurales et urbaines. Tous les niveaux de services doivent être disponibles de façon égale, depuis les programmes de prévention jusqu'aux services hautement spécialisés.

La responsabilité en matière de services de santé mentale doit être partagée entre les régions et les communautés. Cette approche assurera des services souples et adaptés aux besoins particuliers des résidents de chaque région sanitaire.

Les organismes bénévoles et les groupes d'entraide ont un rôle essentiel à jouer dans le réseau de santé mentale et doivent recevoir l'appui des organismes gouvernementaux afin de pouvoir remplir ce rôle.

Chaque composante du système doit rendre compte de la qualité des services qu'elle fournit et de l'utilisation responsable de ses ressources matérielles et humaines.

Les services doivent être axés sur la personne, le but ultime étant sa réintégration communautaire. Ces services doivent être fournis dans le milieu le plus naturel et le moins restrictif possible et contribuer à l'image positive de la santé mentale.

Les services devraient viser à répondre aux besoins individuels en mettant particulièrement l'accent sur les services destinés aux groupes tels que les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les personnes ayant des troubles mentaux graves qui reçoivent des services minimes ou aucun service adapté à leurs besoins particuliers. Il faut établir un équilibre entre les droits et les préoccupations des utilisateurs, des familles, des travailleurs de la santé mentale et du public.

VII. Quelques exemples d'approches innovatrices

Au cours de notre recherche nous avons recontré un nombre de projets intéressants qui paraissaient rentables et d'une nature à encourager la participation dans les efforts à adresser certaines des questions en matière de santé que nous étions en train de revoir.

Ce n'est pas notre intention de décrire tous les projets réussis recontrés, ni de les accorder un ordre d'importance. Il nous ferait plaisir de référer les demandes de renseignements à nos sources pour plus de détails sur ces initiatives.

Projets du Nouveau-Brunswick

a) Partenaires du développement

Habitation Nouveau-Brunswick (HNB) (anciennement connu sous le nom de Comité provincial des coalitions de logements abordables au Nouveau-Brunswick) a fait la promotion de ce projet avec l'appui du Conseil canadien de développement social (CCDS) pour aider les communautés du Nouveau-Brunswick à mieux faire face aux problèmes socio-économiques. Les ressources actuelles pourraient être mieux utilisées afin de stimuler et d'appuyer la croissance et le développement, surtout en période de restrictions financières.

> *«La mission de Partenaires du développement est d'accroître le niveau de vie des personnes défavorisées en améliorant les conditions de logement, en favorisant un meilleur niveau d'éducation, en réduisant le degré de dépendance, en réduisant les problèmes sociaux, en améliorant la santé, en améliorant la confiance personnelle et en offrant de meilleurs moyens pour encourager l'autonomie et l'entraide».*

La structure organisationnelle prévoit un comité provincial de gestion, des comités de développement locaux, des comités de représentants des administrations locales et un animateur de projet. La structure et le plan prévoit la liaison entre les divers comités et les représentants des gouvernements fédéral et provincial. Leur Plan d'action comporte trois phases : Planification et négociation; démonstration et perfectionnement; et mise en oeuvre progressive. Deux communautés participent déjà à ce projet-pilote (Chipman et Pigeon Hill - Côteau Road) et plusieurs autres devraient y adhérer bientôt.

b) **Clinique de counselling et de dépistage dirigée par des étudiantes de dernière année du baccalauréat en nursing de la Faculté de nursing de l'Université du Nouveau-Brunswick**

Cette clinique de dépistage pour adultes existe à l'université depuis 1980 et une certaine évaluation des résultats révèle que ce service a permis de modifier les habitudes de vie de façon à réduire les facteurs de risque pour la santé et à déterminer l'état de santé des clients.

Certains employés du Conseil du premier ministre en matière de santé ont été personnellement invités à participer à la clinique qui comporte trois visites durant une période de neuf semaines. Une finissante en nursing effectue les entrevues et des tests de dépistage en présence d'un membre de la Faculté de nursing dans une salle adjacente. Les facteurs de risque ont été identifiés à l'aide du questionnaire Health Hazard Appraisal (HHA) qui utilise une analyse informatique pour comparer les facteurs de risque du participant avec les normes acceptées au niveau national. Elle a vérifié les antécédents de santé de la famille et de la personne, la taille et le poids, la tension artérielle, le conditionnement, l'hémoglobine, l'urine, la vision et l'audition.

L'étudiante infirmière a profité de toutes les occasions pour faire du counselling non menaçant en expliquant le déroulement et le but des tests et en discutant des résultats et des mesures de redressement possibles. Les étudiantes-infirmières de cette université reçoivent une formation en promotion de la santé. Les problèmes des clients ont été classés à l'aide du système Omaha Problem Classification qui fait appel à un ou plusieurs des quatre domaines suivants : environnemental, psychosocial, psychologique ou de comportement.

Un membre de la faculté nous a présenté un rapport des résultats d'une étude de suivi de 1 à 3 ans. Les résultats révèlent que les clients réussissaient à 70 pour 100 à corriger ou à redresser un peu certains problèmes définis lors du premier dépistage.

Le concept qui consiste à faire appel à des infirmières ou à des étudiantes-infirmières en dernière année pour organiser des cliniques de dépistage et des séances de counselling offre beaucoup de potentiel. Cette approche pourrait être intégrée au concept du centre de santé communautaire pour renforcer la promotion de la santé et la prévention les maladies, tout en utilisant un personnel salarié. Ainsi on réduirait le temps consacré inutilement en présence d'un médecin qui facturerait les visites plutôt que le temps consacré au client.

c) **Programme Colonne en forme**

Ce programme vise à résourdre un problème chronique dans les milieux de travail du Nouveau-Brunswick. La perte de travailleurs expérimentés et qualifiés et le fardeau économique de 25 millions de dollars (prévision prudente) sont totalement inacceptables.

Le programme Colonne en forme a été élaboré et est mis en oeuvre par la Section de la santé au travail de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick (CHSTNB) avec l'appui financier de la Commission des accidents au travail (CAT). Un comité directeur du programme Colonne en forme a été créé afin de superviser la mise en oeuvre de ce programme. Il se compose de représentants des travailleurs, de l'employeur et de la profession médicale ainsi que de personnes-ressources de la CHSTNB and de la CAT.

Le programme est fondé sur les principes suivants : il s'agit d'un programme continu, il faut compter sur la participation de la main-d'oeuvre et chaque travailleur doit connaître et comprendre son milieu de travail. Les principes de base du programme sont assez souples pour adapter le programme aux besoins particuliers d'un milieu de travail.

Dans un laps de temps relativement court, le programme Colonne en forme a connu des progrès mesurables vers l'obtention de son but et de la réalisation de ses objectifs. Les résultats obtenus par les entreprises participantes et les commentaires favorables reçus démontrent l'intérêt et l'appui pour le programme. Vu les résultats positifs obtenus jusqu'à maintenant, nous recommandons fortement la poursuite du programme Colonne en forme ainsi qu'une évaluation régulière des résultats afin d'assurer sa mise en oeuvre dans l'ensemble de la province.

Nous avons démontré qu'il est possible de collaborer pour offrir un leadership et une formation en milieu de travail afin de réduire les blessures au dos et les problèmes connexes. L'approche de collaboration adoptée dans ce programme est avantageuse pour les employeurs, les cadres et les employés. Elle peut également réduire les coûts des régimes d'assurance, de traitement des blessures et des soins de santé. Tout le monde peut sortir gagnant avec Colonne en forme!

d) Projet-pilote de point d'entrée unique

Les projets-pilotes de ce programme ont été dirigés par le ministère de la Santé et des Services communautaires dans la Péninsule acadienne et la région de Fredericton. Une évaluation officielle a été effectuée pour le ministre de la Santé et des Services communautaires. Ce rapport devrait être disponible au public dès qu'il aura été examiné en détail par le ministère.

Notre Conseil a eu accès à cette information et note des résultats manifestes. Les listes d'attente pour les foyers de soins ont été raccourcies, la collaboration entre les agences communautaires marche assez bien et les gens se servent des services communautaires comme alternative au placement dans une institution.

Les groupes intéressés devront être davantage consultés sur l'expansion possible de ce projet partout dans la province. Un contrôle plus serré de l'évaluation devrait aider à limiter les services fournis à des besoins réels prioritaires. Nous devons savoir si les services de soutien communautaires pourraient être étirés davantage afin de répondre à un plus grand nombre de participants aux programmes. Comment est-ce qu'on assure l'équitabilité de services dans les communautés qui n'ont pas déjà établi d'infrastructure?

Il se peut bien que le changement de critères d'admission aux foyers de soins raccourcisse les listes, mais il pourrait aussi amener une hausse du niveau de soins exigés pour ceux admis. Est-ce possible d'accroître la disponibilité des infirmières-hygiénistes, pour travailler avec les aînés à domicile afin de promouvoir la débrouillardise et les aptitudes nécessaires à vivre d'une façon autonome, pour ceux qui ne sont peut-être pas couverts par les services infirmiers de l'Hôpital extra-mural?

Comment trouve-t-on l'équilibre entre les responsabilités de la famille et l'intervention extérieure? Est-ce qu'un membre de la famille devrait être obligé de quitter son emploi pour rester à la maison avec un parent âgé qui a des problèmes chroniques de santé?

Nous ne devons pas exagérer les services aux aînés frêles, mais nous devons toute même fournir des interventions adéquates afin de prévenir les plus coûteux placements prématurés dans les lits d'hôpitaux et les lits des foyers de soins.

Nous attendons avec intérêt la stratégie de suivi du ministère sur le Projet-pilote du point d'entrée unique.

e) **Programme d'aide aux élèves - Fredericton High School**

Le Programme d'aide aux élèves de FHS est un projet conjoint auquel participent l'école, les élèves, le personnel, les parents et la communauté en général. (Des écoles de Bathurst ont auxxi établi avec succès un programme pilote semblable.)

Ayant reconnu la nécessité d'aborder le problème de l'usage de l'alcool et des drogues au sein de la population étudiante, Fredericton High School a obtenu des fonds de Santé et Bien-être social Canada dans le cadre du Programme d'action communautaire de la Stratégie nationale sur les drogues.

Le programme qui a été mis sur pied à cette grande école secondaire en mars 1990 s'est avéré extrêmement efficace. Les fonds seront épuisés à la fin du mois de mars 1992, et des efforts ont déjà été entrepris pour assurer le financement permanent de ce projet.

f) **Vie active 2000**

Le Sommet canadien de la condition physique tenu en juin 1986 décrivait la vision du mouvement de conditionnement physique comme suit :

> *«La vision de ce que sera la condition physique en l'an 2000 révèle une société faisant du mieux-être un élément fondamental et intégrant de la vie quotidienne. Les structures sociales canadiennes - la famille, les écoles, le lieu de travail, le régime des soins de santé - sanctionneront toutes avec enthousiasme l'activité physique quotidienne et les comportements qui favorisent sensiblement la santé et le mieux-être, et elles récompenseront quiconque s'y adonnera. L'activité physique régulière et le mieux-être constitueront pour la société canadienne des valeurs importantes et communément acceptées (en effet, une «caractéristique culturelle» de notre pays).»*

L'ancien ministère provincial du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine (maintenant le ministère des Municipalités, de la Culture et de l'Habitation) a présenté un document au Conseil pour promouvoir le concept de *la Vie active* comme principal véhicule de promotion de la santé. *La Vie active* est un thème d'habitude de vie qui a reçu l'appui des ministères fédéral et provinciaux des Loisirs. Ce document est étayé par des études de recherche mettant l'accent sur l'activité physique comme pierre angulaire d'une habitude de vie saine, soulignant particulièrement la prévention des maladies coronariennes.

Par exemple, l'analyse des études par le Centre de prévention des maladies à Atlanta, Georgia, a révélé que l'inactivité physique est un facteur de risque aussi

important des maladies coronariennes que la tension artérielle, le cholestérol élevé et l'usage des cigarettes. Certaines preuves démontrent que l'accroissement de l'activité physique au sein d'une population en général pourrait être plus efficace pour réduire le niveau de maladies coronariennes que la modification d'un des trois facteurs de risque.

Comme première étape pour promouvoir le principe de *la Vie active*, le ministère a déjà soumis au Conseil une ébauche d'un plan d'action pour «'Pleins feux' sur la vie active - projet de 1992.» Des exemplaires de ce plan d'action ont été distribués aux membres du Conseil afin de connaître leur réaction. Nous attendons les plans de suivi du projet *Vie active*.

Quelques exemples hors-province

g) Centres de santé communautaires

Le Conseil a repassé un rapport intitulé Co-Op/Consumer Sponsored Health Care Delivery Effectiveness publié en juin de 1990 par Douglas Angus et Pran Manga. Ce rapport analyse un certain nombre de modèles pour l'accès communautaire aux services de santé qui pourraient être offerts à un bon rapport coût-efficacité sans diminuer la qualité des soins ou l'accès aux services plus spécialisés qui sont nécessaires.

Le rapport aborde 10 différents types de programmes communautaires en présentant des modèles canadiens et américains, dont certains existent depuis des années, rendant possible la mesure du coût de la prestation des services et la participation et la satisfaction du consommateur.

Les études ont révélé que les centres de santé communautaires peuvent influencer considérablement les modes d'utilisation et réduire les coûts en diminuant grandement l'utilisation des hôpitaux, les médicaments sur ordonnance et les autres services aux patients.

Le regroupement efficace d'autres services tertiaires au centre de santé communautaire, tels que la planification familiale, les services sociaux, la promotion de la santé, etc. permet aux clients de faire un seul arrêt pour obtenir le service. Un suivi immédiat a aussi plus de chances d'être assuré. Une telle intervention aux premières étapes pourrait prévenir d'autres problèmes plus aigus ultérieurement.

En conséquence des salaires plafonnés des médecins et d'autre personnel, il est beaucoup plus facile d'établir les budgets pour ces centres de santé communautaire. Cette approche permet aussi le travail en équipe sur place pour

résoudre les problèmes des clients en faisant appel aux compétences d'autres professionnels non médicaux selon les besoins.

Ce processus pourrait répondre aux besoins des petites communautés en particulier. Les consommateurs et les dirigeants communautaires peuvent jouer un rôle dans l'établissement des priorités en matière de services tertiaires et la responsabilisation des services. Ces centres semblent plus efficaces en matière de promotion de la santé, de prévention précoce et de réduction des résultats sanitaires négatifs grâce non seulement aux services de diagnostic et de traitement mais aussi au service de dépistage et de sensibilisation à la santé.

La province devrait peut-être étudier cette approche dans le cadre d'un programme pilote. Notre Conseil a préparé du matériel supplémentaire sur le sujet des centres de santé communautaire, celui-ci est disponible sur demande.

h) Projet pour les communautés canadiennes en santé

Il s'agit d'un projet national parrainé conjointement par la Fédération canadienne des municipalités, l'Institut canadien des urbanistes, et l'Association canadienne de la santé publique à l'aide de fonds fournis par le ministère de la Santé et du Bien-être social. (Il ne faudrait pas confondre ce programme avec le projet intitulé «Programme de renforcement de la santé communautaire» parrainé par la Division du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard de l'Association canadienne de santé publique. On parle actuellement de fusionner ces projets avec le projet de communautés canadiennes en santé qui est implanté à une plus grande échelle.)

Dans un réseau de communautés à la grandeur du Canada, la municipalité a officiellement adopté une résolution créant une approche conjointe locale pour favoriser un milieu qui appuie la «santé» de ses citoyens. Tous les intervenants : les hommes et femmes politiques, le personnel municipal, les entreprises locales, le secteur privé ainsi que tous les résidents, travailleront ensemble à la réalisation de leurs objectifs. Les dossiers sociaux, économiques et environnementaux sont abordés en fonction d'un bon état de santé. De l'information ainsi que des guides de planification des ressources sont fournis aux communautés participantes, cet échange est coordonné par l'entremise d'un bureau national à Ottawa.

Encore plus des municipalités au Nouveau-Brunswick doivent être encourager à envisager ce modèle.

i) Health Innovation Fund

Ce programme est administré par le Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale (anciennement le Conseil du premier ministre en matière de santé) de l'Ontario.

Le Health Innovation Fund a été lancé au mois d'août 1987. Il comprend principalement un Programme de stratégies en matière de santé visant à appuyer des projets innovateurs dans le domaine de la santé. Initialement 100 millions de dollars ont été versés au Fonds, somme à administrer sur une période de 4 ans se terminant le 31 mars 1993. (Cela représente une allocation par habitant de 10,44 $ selon les données démographiques de 1989 pour l'Ontario.) De ce montant, 70 millions de dollars ont été affectés à la composante Programme de stratégies en matière de santé du Fonds.

Les 3 autres composantes du Health Innovation Fund comprennent un sondage sur la santé en Ontario et un sondage sur la santé mentale; un projet-pilote de services hospitaliers à domicile et un programme en vue de la mise sur pied d'organismes généraux de santé, l'engagement à doubler l'inscription au Centre de santé communautaire et aux Organismes de services de santé.

On a voulu que le fonds encourage et appuie principalement les projets locaux, communautaires et parrainés par des organismes à but non lucratif. Il n'a pas pour but de fournir des subventions pour les immobilisations ou le matériel de diagnostic hautement technologique (y compris sa mise à l'essai). Des études de faisabilité, ainsi que des projets d'éducation axés exclusivement sur des productions vidéos et théâtrales, ont été jugées inadmissibles aux subventions en vertu du Fonds.

j) Centre de prévention et de sensibilisation aux blessures - Alberta

Ce centre fait la promotion de la sensibilisation aux blessures et de la prévention en soulignant que bon nombre de blessures sont prévisibles et peuvent être prévenues. Nous ne devrions pas penser aux «accidents», car ceci implique que nous ne pouvons pas maîtriser la situation. Un accident peut toujours survenir, mais nous pouvons l'empêcher ou réduire les conséquences dans bien des cas. De nombreuses blessures sont causées par le comportement et les décisions des êtres humains. Certains groupes présentent des risques de blessures plus élevés. Nous mettons toujours l'accent sur le traitement des blessures, les ressources affectées à la prévention étant minimes.

Le centre a produit de la documentation de sensibilisation du public, un bulletin, des travaux de recherche sur le coût des blessures et des programmes de prévention, des conférences nationales, etc.

«Un décès causé par une blessure est le bout de l'iceberg; pour chaque blessure mortelle, 45 exigent l'hospitalisation, environ 1 300 aboutissent à une visite au service d'urgence et un nombre inconnu aboutissent à une visite à un médecin ou à une clinique.»

- Louis Hugo Francescutti, Ph.D., M.D.

Le Centre de l'Alberta participe à un projet visant à établir «des objectifs de prévention des blessures pour le Canada pour l'an 2000.» Il serait peut-être utile que cette province participe à cette initiative et se familiarise avec les autres activités du centre.

k) Programme de santé Acti-Menu

Ce programme est dirigé par la chaîne d'épicerie Provigo au Québec afin de sensibiliser le public aux bonnes décisions à prendre pour le poids-santé, le conditionnement physique et un niveau de cholestérol acceptable dans le sang. La chaîne Provigo a reconnu que l'alimentation est un facteur important de la prévention des problèmes de santé chroniques. La documentation s'appuie sur des approches scientifiques en matière de promotion de santé et sur la consultation effectuée auprès de nombreux spécialistes.

La documentation préparée et la stratégie de cette campagne méritent d'être poursuivies. Il serait peut-être possible d'obtenir l'autorisation d'utiliser la documentation, puisqu'elle est disponible en anglais et en français.

La campagne comprend un programme de menus-santé pour les restaurants des hôtels, le dépistage des facteurs de risque pour les consommateurs dans les magasins, un étiquetage des produits indiquant les éléments de contenu santé, et des brochures d'information pour le public. Le service de nutrition de l'Université de Montréal était censé d'effectuer une étude afin de déterminer si les participants modifient effectivement leur régime alimentaire à la suite de cette campagne.

l) Autre

Le Conseil a accumulé une variété de matériel sur d'autres projets innovateurs de l'intérieur aussi bien que de l'extérieur de la province. Nous continuerons de receuillir de telles informations à partager avec d'autres collaborateurs du Nouveau-Brunswick.

VIII. Nécessité d'évaluer

Le principe de l'évaluation doit être intégré aux efforts visant à améliorer l'état de santé de nos citoyens. Les concepteurs de programmes et les fournisseurs de services ne devraient pas craindre d'inclure, dans leurs projets ou programmes, un processus d'évaluation qui leur permet de déterminer si les résultats obtenus correspondent aux objectifs établis.

Pour mesurer de façon quelconque les résultats obtenus, il est très important de planifier attentivement en fonction des objectifs et des cibles particulières visées. Cette démarche permettra d'élaborer un plan d'action stratégique qui identifie les intervenants, les groupes cibles, les rôles, les ressources exigées. On pourra aussi établir un échéancier pour les résultats escomptés. Si ces résultats ne sont pas atteints, l'accent pourra être mis sur de nouvelles stratégies qui seront efficaces par rapport au coût et respecteront les ressources disponibles.

La méthode d'évaluation en soi doit être déterminée afin que les données nécessaires puissent être recueillies sous un format qui permet une évaluation valable à des périodes précises. L'évaluation ne devrait pas être plus complexe et plus coûteuse que le programme ne l'exige. Les intervenants participant au programme devraient aussi prendre part à l'évaluation, bien que pour les gros projets, il faudra peut-être avoir recours à des vérifications autonomes des résultats pour rationaliser l'affectation continue des ressources.

Nous pouvons examiner d'autres secteurs, tels que les entreprises et les sciences, afin d'étudier les techniques de recherche et les modèles d'évaluation qui s'avèrent efficaces pour mesurer les résultats, sans recueillir de l'information et des données inutiles.

L'échéancier de l'évaluation devrait tenir compte de l'importance du programme, de l'étendue des objectifs visés et de la quantité de ressources comprises. Certains projets pourraient exiger des résultats trimestriels, une analyse annuelle régulière ou même une évaluation échelonnée sur plusieurs années ou plus avant de pouvoir déterminer les résultats de façon valable.

Nous proposons qu'aucun fonds ou aucune ressource ne soit affecté à tous les nouveaux projets de promotion de la santé et de prévention pour la mise en oeuvre avant qu'un mode d'évaluation ait été élaboré dans le cadre du plan fonctionnel qui établit des objectifs réalistes.

Les programmes actuels de promotion de la santé et de prévention, du gouvernement surtout, mais aussi des groupes communautaires qui reçoivent des fonds gouvernementaux, devraient viser à établir de tels objectifs et des plans d'évaluation à compter de la prochaine année financière après la présentation de ce rapport au gouvernement.

IX. Questions particulières pour les activités ciblées de promotion de la santé et de la prévention

Nota : Ces sujets ne sont pas nécessairement présentés en ordre de priorités, mais ils ont été choisis en raison de leurs effets possibles sur le contrôle de l'augmentation des coûts des services sociaux et de la santé à l'avenir. Bon nombre de ces sujets sont interreliés et des campagnes publiques pour réduire un problème pourraient être liées à la réduction d'autres problèmes de santé. Les slogans utilisés ne sont pas de vrais thèmes de campagnes mais plutôt des suggestions provenant du Conseil qui pourraient être étudiées davantage.

a) **Santé cardiaque**
b) **Lutte contre le cancer**
c) **Campagne de prévention des blessures**
d) **SIDA (et d'autres maladies transmises sexuellement, telles que le chlamydia)**
e) **Santé mentale**
f) **Violence familiale**
g) **Exercice**
h) **Stratégie contre l'usage du tabac**
i) **Prévention du suicide**
j) **Blessures à la colonne vertébrale**
k) **Réduction des blessures à la tête**
l) **Responsabilité en matière de sensibilisation à l'usage de l'alcool**
m) **Nutrition**
n) **Mauvais traitement des aînés**

Nous étudierons les programmes actuels de promotion en matière de santé et de prévention dans ces domaines, et proposerons des idées innovatrices pour résoudre ces problèmes.

Nous aimerions effectuer des analyses coût / avantages pour déterminer comment nous pourrions réaménager ou économiser de l'argent du domaine du traitement pour maladies aiguës en vue des activités de prévention. Il nous faudra plus de données sur les coûts typiques pour les personnes qui ont besoin de traitements ou de services en raison de ces problèmes de santé.

Voir l'Annexe III pour des données sur l'état de santé qui pourraient nous aider à juger l'urgence de ces problèmes.

X. Recommandations

Recommandations générales :

1. La province doit déclarer officiellement qu'elle utilisera des mécanismes de planification à l'avenir afin que les programmes, la législation, la politique économique, la politique sociale et autres réformes du gouvernement tiennent compte de son engagement relative à la politique générale sur la santé. Le gouvernement doit donner l'exemple.

2. La province doit définir des objectifs précis et mesurables pour la santé de la population, en établissant des buts et des stratégies afin d'obtenir des résultats en collaboration active avec les consommateurs et les fournisseurs de services. Le gouvernement provincial ne devrait pas affecter des ressources aux projets de promotion de la santé et de prévention entrepris par les organismes et les ministères qui exigent des fonds avant qu'un plan de fonctionnement qui comprend des objectifs et des échéanciers précis et un processus adéquat d'évaluation soit établi. Les projets et programmes actuels devraient commencer à être accompagnés du même type de plan de fonctionnement pour que les fonds de la province soient renouvelés à compter de l'année budgétaire 1992-1993.

3. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait continuer d'essayer d'obtenir de l'information d'autres autorités sur les projets et stratégies qui se sont avérés efficaces pour améliorer l'état de santé de la population en général ou pour répondre efficacement aux problèmes de santé de populations cibles. La méthode de communication pourrait être différente pour différents groupes cibles.

4. Des orientations prioritaires devraient être établies pour développer et favoriser des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies avec l'allocation d'un pourcentage désigné des fonds du budget gouvernemental à être assigné vers la promotion de la santé et les initiatives de prévention.

5. La participation de la communauté aux programmes et aux questions stratégiques devrait être intensifiée.

6. L'infrastructure de la promotion de la santé au niveau provincial et local devrait être renforcée grâce à une meilleure collaboration entre le gouvernement, les hôpitaux du Nouveau-Brunswick, les foyers de soins, les secteurs professionnels et bénévoles et les autres intervenants clés.

Recommandations relatives au système scolaire :

7. Il devrait exister un mode de consultation officiel entre les sections francophone et anglophone du ministère de l'Éducation pour assurer une plus grande constance dans le contenu et les approches utilisées pour enseigner l'éducation à la santé dans le système scolaire public. ("Un programme d'étude sans livraison et aussi inutile qu'une livraison sans programme d'étude.")

8. Les associations foyers-écoles, les écoles et les autres parties intéressées pourraient préparer une campagne continue pour s'assurer que les élèves de tous les groupes d'âge aient accès à un déjeuner et à un goûter nutritifs tous les jours d'une manière à ne pas stigmatiser ceux qui reçoivent de l'aide.

9. Il faudrait mettre davantage l'accent sur l'estime de soi à tous les niveaux scolaires pour réduire l'abus des drogues et les suicides. On pourrait y arriver en créant des possibilités de succès par diverses activités parascolaires. Les enseignants devraient reconnaître les élèves à risque et s'en occuper davantage en leurs donnant un accès raisonnable à d'autre aide professionnelle dans les cas qui exigent une telle intervention.

10. Il faut promouvoir l'éducation holistique en matière de santé comme une composante essentielle du programme d'études et du milieu scolaire, plutôt qu'uniquement comme une mesure prise une fois que toutes les autres questions auront été réglées relativement aux exigences minimales et à l'affectation des ressources.

11. Le ministère de l'Éducation devrait élaborer une politique sur l'usage du tabac et encourager sa mise en vigueur au niveau du district scolaire, cette politique devant renforcer le message contre l'usage du tabac.

12. Le programme d'études de l'éducation sanitaire devrait faire partie du programme d'études de base exigé à tous les niveaux scolaires, de la maternelle à la 12e année. L'alimentation et les bonnes habitudes alimentaires ainsi qu'une bonne santé mentale devraient être soulignées dans le programme d'études scolaire à tous les niveaux en les intégrant à d'autres sujets tels que la science et la science familiale.

13. Il faudrait établir des réseaux provinciaux officiels entre le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et des Services communautaires, la Commission de la santé mentale et les nombreux groupes provinciaux qui s'intéressent à l'éducation à la santé. Le contenu des programmes d'études, les visites scolaires, les programmes spéciaux, les campagnes dans les médias et autres mesures de santé pourraient être mieux coordonnés pour assurer une efficacité et une constance maximales.

14. Le programme d'études de l'éducation à la santé pourraient être améliorés pour mettre davantage l'accent sur les techniques de contrôle du stress, le traitement du traumatisme, le soin à domicile des problèmes de santé courants tels que le rhume ou la fièvre, la reconnaissance des coûts réels de l'utilisation des services d'assurance-maladie, la responsabilisation personnelle pour son état de santé, la sensibilisation à la violence familiale, l'accent étant mis sur la promotion du bien-être plutôt que sur la dépendance du système de santé pour traiter les maladies et autres questions qui peuvent avoir une valeur pratique pour les élèves à l'avenir.

15. Le temps d'enseignement et le contenu du programme d'études dans les districts scolaires francophones et anglophones devraient correspondre, autant que possible, aux lignes directrices recommandées par l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique et le loisir (ACSEPL) à tous les niveaux scolaires, de la maternelle à la 12^{e} année.

16. Les différents districts scolaires et le ministère de l'Éducation ont accès à divers guides et matériel pédagogiques. Nous notons toutefois une gamme très variée de matériel et de cours actuellement utilisés et non utilisés dans notre système. Nous souhaiterions que le ministère de l'Éducation établisse des normes minimales pour les programmes d'études de l'éducation à la santé qui seraient appliquées dans toutes les écoles de la province.

17. Nous croyons savoir que les programmes de formation des maîtres dans les universités de l'Atlantique n'offrent pas beaucoup de contenu pour les cours d'éducation à la santé et les problèmes sociaux tels que la violence familiale, le divorce, etc. Si l'on tient compte des connaissances et du tact qu'il faut posséder pour enseigner l'éducation à la santé aux élèves, cet aspect semble être une lacune de la formation des maîtres. Nous recommandons que les universités soient avisées d'élaborer un cours obligatoire ayant un contenu d'éducation à la santé afin de préparer pour des changements possibles aux exigences pour l'obtention d'un brevet d'enseignement au Nouveau-Brunswick (par exemple, semblable au cours *Santé scolaire 1310* à l'Université de Moncton pour les étudiants inscrits en enseignement à l'élémentaire).

18. Le ministère de l'Éducation, en collaboration avec les districts scolaires, devrait accroître les possibilités de perfectionnement pour les enseignants de l'éducation à la santé. Nous pourrions profiter d'une meilleure utilisation des ressources humaines telles que les économistes familiales.

19. L'adoption du programme de la maternelle est fondée sur des hypothèses au sujet des rôles du parent et du soutien. Nous attachons une grande valeur au concept de programmes de repas de midi dans les maternelles et croyons que ce concept devrait être examiné plus à fond. Certains parents n'ont pas les moyens de payer des dîners; d'autres parents travaillent et ne pourraient pas travailler bénévolement à l'heure du repas de midi. Nous n'avons constaté aucune démarche en vue d'offrir du soutien constant d'un district à l'autre. La question des goûters et des repas devrait être abordée de façon particulière dans le processus de la planification.

20. Le cours de Développement humain (Family Living dans les districts anglophones) devrait être exigé pour l'obtention du diplôme, durant au moins une année scolaire au niveau secondaire deuxième cycle pour tous les élèves.

21. L'éducation physique devrait être un cours obligatoire pour tous les niveaux scolaires, en s'assurant que l'accent est mis sur les activités permanentes.

22. Les élèves et les enseignants devraient avoir au moins une occasion, durant chaque journée scolaire, de participer à une activité physique quelconque.

23. Le ministère de l'Éducation, en collaboration avec les districts scolaires et les conseils étudiants, et suivant une consultation avec les diététiciennes et les économistes familiales, devrait prendre des mesures immédiates pour élaborer des plans opérationnels détaillés en vue d'une politique sur les aliments nutritifs dans les écoles, visant surtout les cafétérias, la vente sur place des grignotises, les activités de financement (c'est-à-dire, vente de bonbons).

24. Les parents et les élèves devraient avoir de l'information sur le choix d'aliments nutrifs pour les repas et goûters à l'école, y compris sur l'aspect nutritif et la valeur du repas pour l'argent. Cette mesure pourrait être entreprise par les associations foyers-écoles, par exemple, en collaboration avec des diététiciennes, des économistes familiales et des travailleurs sociaux.

25. Chaque conseil scolaire devrait nommer un comité chargé de créer une sensibilisation accrue et de mettre l'accent davantage sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les enseignants devraient être impliqués dans cette initiative. Ce comité pourrait aussi comprendre des personnes qui ne seraient pas membres du conseil.

26. Chaque école devrait avoir un programme actif d'hygiène et de sécurité pour les élèves et les enseignants.

27. Il faut appuyer le rôle des infirmières-hygiénistes dans le système scolaire en leur donnant suffisamment de temps pour exercer leurs fonctions. Cela permettrait un dépistage précoce des problèmes de santé; on pourrait ainsi offrir des services de counselling et d'intervention adéquats aux élèves pendant qu'ils sont encore à l'école (notamment, adresser la question de la grossesse chez les adolescentes).

28. Les programmes d'aide aux élèves s'inspirant du projet du Fredericton High School, avec un personnel professionnel, pourraient être lancés par le ministère de l'Éducation sur une base d'essai dans les grandes écoles secondaires du Nouveau-Brunswick.

29. Il faudrait offrir une formation aux parents sur la communication, la budgétisation, la discipline, la nutrition, etc. afin de créer un milieu familial plus fort. Cet objectif pourrait être réalisé par les associations foyers-écoles et les collèges communautaires et devrait inclure l'accès aux personnes ressources telles que les enseignants, les économistes familiales, les travailleurs sociaux et les infirmières-hygiénistes.

30. Les conseils étudiants et les autres groupes de pairs dans le système scolaire tels que ACIV devraient être encouragés à jouer un rôle positif dans la sensibilisation des élèves aux dangers de l'abus des drogues (c'est-à-dire, programme finissant sans accident, rencontres avec personnalités connues, annonces publiques à l'école et lors d'événements spéciaux, conseils pratiques pour la santé et la sécurité personnelles).

31. Les programmes de conduite à l'école sont un investissement valable pour former des conducteurs plus conscients de la sécurité. En établissant les frais à payer par les étudiants, il faudrait tenir compte des économies pouvant être réalisées par rapport aux coûts d'assurance.

32. Le cours de Human Growth and Development devrait être disponible dans toutes les écoles secondaires premier cycle anglophones de la province, et prévoir la participation continue des parents pour s'assurer que leurs enfants suivent la totalité ou seulement une partie du programme. (Ce cours semble déjà être adéquatement disponible dans les districts français.)

33. Les groupes de counselling par des pairs pourraient être appuyés pour permettre de mettre les élèves ayant des problèmes en contact avec des services d'aide avant qu'une crise réelle ne se produise. Certaines écoles secondaires du Nouveau-Brunswick ont déjà de tels programmes.

34. À l'avenir, il faudrait tenir compte de la formation, de l'expérience et de la motivation de l'enseignant à bien enseigner le matériel aux élèves en désignant le personnel chargé d'enseigner les cours d'éducation à la santé.

35. À l'aide du bulletin de la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick, des journées de perfectionnement professionnel et d'autres moyens, on devrait fournir de l'information aux enseignants pour les encourager à améliorer leur style de vie personnel et à accroître leurs connaissances des matières de la santé afin d'être de meilleurs modèles pour leurs élèves.

36. Il faudrait envisager d'élaborer un cours crédité qui permettrait aux élèves d'offrir des services directs aux projets de services sociaux et de santé publique dans leur communauté.

Aspect précis en matière de santé à régler :

37. La province devrait établir des objectifs et des stratégies spécifiques pour réduire les taux actuels des suivants (comme il a été discuté dans «Injury 2000 Objectives Report») :

- la violence familiale
- accidents de véhicules à moteur
- blessures à la tête
- blessures à la colonne vertébrale
- suicides
- empoisonnements
- blessures / décès causés par les incendies
- blessures au dos
- fracture de la hanche chez les personnes âgées.

38. Le ministère des Municipalités, de la Culture et de l'Habitation devrait être appuyé dans ses efforts visant à coordonner l'intervention provinciale pour le principe de *Vie active* afin d'accroître l'activité physique et les niveaux de conditionnement de tous les groupes de notre population.

39. Il est recommandé que le ministre de la Santé et des Services communautaires recommande à ses collègues, les ministres fédéral et provinciaux de la Santé, d'appuyer l'élaboration de nouvelles normes nationales sur l'âge légal pour l'achat du tabac; ces normes seraient inscrites dans une nouvelle loi ou dans une loi fédérale révisée.

40. Il est recommandé que le ministre de la Santé et des Services communautaires abroge la Loi provinciale sur l'usage du tabac par les mineurs afin de mettre fin à la confusion concernant l'âge légal pour l'achat du tabac au Nouveau-Brunswick.

41. Il est recommandé que le ministre de la Santé et des Services communautaires élabore et présente une Loi sur le tabagisme et la santé prévoyant au moins les mesures suivantes :

1) l'obligation de mettre sur tous les paquets de tabac vendus au Nouveau-Brunswick un avertissement contre l'habitude du tabac;
2) une brochure contenant les avertissements détaillés sur la santé devant être mis à l'intérieur ou sur tous les paquets de tabac vendus au N.-B.;
3) des avertissements précis contre les effets sur la santé devant être placés sur la fenêtre ou la porte avant et aussi près des étalages de tabac dans les points de vente au détail de tabac;
4) l'interdiction de la vente de paquets contenant moins de 20 cigarettes;
5) l'interdiction des machines distributrices de cigarettes;
6) l'interdiction de la publicité au sujet des produits du tabac au Nouveau-Brunswick, correspondant à l'interdiction fédérale actuelle.
7) une procédure de licenciement pour les détaillants afin de permettre sa mise en vigueur.

42. Il est recommandé que le ministre des Finances, en collaboration avec le ministre de la Santé et des Services communautaires, inscrivent un programme d'éducation sur les mesures législatives contre l'usage du tabac au nouveau programme d'éducation destiné aux nouveaux vendeurs.

43. Il est recommandé qu'afin de protéger les non-fumeurs, le gouvernement du Nouveau-Brunswick adopte une loi qui empêcherait les gens de fumer dans des lieux publics fermés, sauf dans une salle avec aération adéquate désignée pour fumeurs.

44. Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick oblige les employeurs à élaborer des politiques sur l'usage du tabac pour leur milieu de travail, ces politiques devant viser à protéger les travailleurs non-fumeurs contre les effets de la fumée secondaire. Un programme pour récompenser les employeurs qui auraient établi des politiques de non-fumeurs devrait être mis sur pied.

45. Il est recommandé que le ministre de la Santé et des Services communautaires étudie les demandes de fonds du NB Interagency Council sur l'usage du tabac et la santé afin de promouvoir les activités de non-fumeurs et la coordination de ces activités (demandes devant être étudiées selon les lignes directrices établies par le ministère de la Santé et des Services communautaires) avec une priorité spéciale à empêcher plus de jeunes de commencer à fumer.

46. La Province devrait poursuivre activement une stratégie intégrée pour la mise en marché de produits alimentaires sains qui pourraient être liés aux produits agricoles cultivés au Nouveau-Brunswick, à l'industrie de la pêche, à la participation des épiceries et à un programme de menus-santé pour les restaurants.

47. La possibilité d'établir des centres de santé communautaire pouvant inclure à un seul endroit des services de dépistage, de counselling et des programmes d'information ainsi que d'autres services, en plus des soins médicaux pour malades ambulatoires, devrait être poursuivie pour offrir d'autres systèmes de prestation. Ceci pourrait être un rôle de substitution partielle pour les plus petits hôpitaux communautaires.

48. Les normes concernant la manutention sécuritaire des aliments devraient être améliorées et l'accent devrait être mis davantage sur la surveillance de la conformité dans les installations servant ou manutentionnant des produits alimentaires aux fins de consommation par le public; le personnel des services alimentaires devrait avoir accès à une meilleure formation. Des informations de base devraient être incluses dans une description d'emploi.

49. On devrait porter une plus grande importance à la sensibilisation aux blessures et aux efforts de prévention. Nous appuyons l'idée d'efforts et de ressources accrues pour la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick pour améliorer les performances de sécurité au travail bénéficiant les employeurs et les employés.

50. Nous encourageons un meilleur les groupes tels que le Conseil de Sécurité du Nouveau-Brunswick de renforcer leur partnership avec d'autres ressources communautaires afin de promouvoir les concepts de sécurité au publique vis-à-vis les questions de circulation routière, de violence familiale, du port de casques de protection à bicyclette, du port des ceintures de sécurité, des véhicules à buts uniquement récréatifs, du plongeon et d'autres occasions pour réduire les blessures, particulièrement chez la jeunesse et les jeunes adultes.

51. La stratégie sur le SIDA du ministère devrait mettre davantage l'accent sur l'aide financière accordés à SIDA N.-B. avec une directive claire quant aux services à offrir afin de prévenir la duplication inutile par les fonctionnaires.

52. Une campagne générale visant à accroître le nombre de détecteurs de fumée dans les résidences du Nouveau-Brunswick pourrait inclure des changements au code du bâtiment afin de viser les résidences actuelles et les nouvelles constructions; les compagnies d'assurance pourraient contribuer en offrant des remises sur les primes; les compagnies d'hypothèques et les banques pourraient exiger l'installation de détecteurs de fumée avant de consentir une hypothèque tandis que les services d'incendie municipaux et le Bureau du prévôt des incendies devraient continuer de promouvoir l'utilisation de détecteurs de fumée.

53. Les mesures législatives et les pénalités contre les conducteurs en état d'ébriété devraient être activement mise en application pour offrir un élément dissuasif. Notre but devrait être d'abaisser à zéro le taux d'alcoolémie acceptable chez les conducteurs.

54. Il faudrait prévoir des modalités légiférées pour exiger l'identification des conducteurs qui compromettent leur sécurité et celle des autres. Il ne s'agirait pas uniquement d'exiger aux médecins de signaler des problèmes médicaux. Toute personne pourrait communiquer avec le bureau des véhicules à moteur et on pourrait obliger le conducteur à subir un nouvel examen après s'être présenté pour une entrevue en personne. L'examinateur pourrait ainsi juger si une nouvelle épreuve est justifiée.

55. La province pourrait envisager l'élaboration de stimulants pour les habitudes saines tels qu'un congé annuel pour les employés qui n'ont pas pris de congé de maladie durant l'année précédente, les programmes de renoncement au tabac en milieu de travail, les programmes d'exercices pendant les heures de repas, etc.

56. La Commission de la santé mentale devrait recevoir plus de ressources pour être en mesure d'appuyer les programmes communautaires et les efforts de prévention visant à régler certains problèmes tels que le suicide ou le besoin d'hospitalisation pour d'autres problèmes de santé mentale ainsi que la promotion de d'autres programmes de santé mentale.

57. On pourrait élaborer des programmes d'éducation en matière de nutrition et de suppléments alimentaires à être fournis aux groupes cibles tels que les adolescentes enceintes, les élèves provenant d'une famille pauvre, les personnes âgées, les familles vivant de l'assistance sociale, etc, par les infirmières-hygiénistes ou par intermédiaire des centres communautaires de santé. Un effort spécial en matière de services de counselling ou de suppléments alimentaires, par exemple, pourrait viser les mères enceintes des groupes à faible revenu afin de renverser les statistiques des nouveaux-nés à faible poids de naissance et les risques élevés des problèmes de santé correspondants.

58. Les employeurs privés et les autres gros employeurs devraient être encouragés à établir des Programmes d'aide aux employés afin de réduire les problèmes des employés avant qu'ils n'atteignent l'étape de la crise et afin de promouvoir la prise de bonnes habitudes sanitaires chez les employés en milieu de travail.

59. Le groupe d'âge cible du dépistage préscolaire par les infirmières-hygiénistes était de 5 à 6 ans (avant l'entrée en première année). À la suite de la mise en oeuvre du nouveau programme des maternelles, le groupe cible a été modifié pour englober les enfants âgés de 3 à 4 ans. Le dépistage de tout enfant nouvellement arrivé dans la province et entrant à l'école élémentaire continue aussi d'être nécessaire. Même le dépistage précoce pour bébés montrant des facteurs à risques devrait être disponible dès la naissance.

60. Nous reconnaissons qu'il faut ajouter des diététiciennes professionnelles au réseau de santé publique afin que celles-ci soient accessibles pour les projets d'éducation scolaire et du public.

61. Le public, et surtout les groupes à faible revenu, devraient être encouragés à comprendre la valeur des potagers comme source partielle d'aliments d'appoint de qualité à meilleur marché. Des cours sur les potagers devraient être offerts dans chaque région de la province en collaboration avec le ministère de l'Agriculture et des collèges communautaires. D'autres cours mettant l'accent sur la dynamique de la vie pourraient être offerts par l'entremise des économistes familiales et des travailleurs sociaux engagés par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

62. Nous pensons qu'il faudrait étudier la possibilité de regrouper la gestion de l'Unité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies et de l'Unité de la santé environnementale et communautaire du ministère de la Santé et des Services communautaires pour offrir une approche mieux coordonnée face aux préoccupations en matière de santé publique.

63. Nous encourageons l'appui de la stratégie de santé cardiaque et nous croyons qu'il serait bon d'élaborer et de rendre accessible au public un plan qui définirait le rôle que le gouvernement doit jouer et celui de la Fondation des maladies du coeur du Nouveau-Brusnwick, de Positive Heart Living et des autres intervenants. Nous avons observé un intérêt particulier pour un programme provincial en réhabilitation cardiaque.

64. Nous pensons qu'il serait bon d'élaborer la stratégie contre le cancer et de la rendre accessible au public de façon à identifier clairement le rôle de la Société du cancer et celui du gouvernement dans les domaines tels que l'éducation publique, l'auto-examen des seins, la réglementation des salons de bronsage, le tabagisme, la nutrition et bien d'autres initiatives en prévention du cancer.

65. Des recherches pourraient être effectuées sur les immeubles à bureaux munis de systèmes de circulation d'air et de chauffage fermés ainsi que sur leurs effets possibles pour la santé des employés.

66. Nous avons étudié la politique cadre des services aux enfants et la politique cadre des services aux personnes âgées qui viennent d'être rendues publiques, afin de déterminer si elles répondent bien aux besoins de ces groupes en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Nous demandons au ministère de la Santé et des Services communautaires de réagir aux questions relatives à la promotion de la santé soulevées dans ces rapports.

<u>Communication / échange d'information</u> :

67. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un système amélioré d'information et de documentation afin de recueillir de la documentation et des données sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les intervenants ou les chercheurs qui ne font pas partie du ministère devraient avoir accès à des documents non confidentiels. Un répertoire sur ordinateur des programmes actuels des groupes gouvernementaux et non gouvernementaux participant aux efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies pourrait être tenu pour encourager l'utilisation efficace des ressources et identifier le dédoublement ou les lacunes du système. L'information reçue par le personnel de premier plan doit être opportune et ce personnel doit être davantage impliqué au développement des priorités des services. La question de l'information pour les personnes illettrées doit être adressée. Les ressources doivent être disponibles dans les deux langues officielles lorsque approprié.

Si le ministère n'est pas en mesure d'assumer cette fonction, des fonds devraient être accordés à un autre service qui en serait chargé : c'est-à-dire bibliothèque d'université, bibliothèque d'hôpital, Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick, etc., ou une combinaison de points de services.

68. Lors de l'établissement des priorités en matière de programmes régionaux et provinciaux, il faudrait tenir compte des différences culturelles possibles. Ces facteurs peuvent souvent influencer la pertinence de la priorité établie pour une région ou une communauté particulière. Les communautés peuvent être différentes quant à leur capacité de lancer un projet ou une approche innovatrice ou pilote en matière de programmes. (Différents niveaux d'appui ont été manifestés pour la mise en oeuvre d'un programme d'études de planification familiale et pour l'intégration dans les écoles publiques.) Ceux qui ont manifesté le désir de lancer de nouveaux programmes ou de nouvelles approches devraient être encouragés.

69. Vu l'importance de la participation égale des deux communautés linguistiques officielles de la province à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques et des programmes, toute la documentation écrite distribuée par les bureaux régionaux et provinciaux, en particulier celle pour laquelle on sollicite des commentaires et des discussions, devrait être accessible en anglais et en français en même temps à tout le personnel pertinent.

70. Il y a eu des problèmes concernant la disponibilité de la documentation de promotion de la santé en français. Des ententes officielles devraient être conclues au sein du ministère de la Santé et des Services communautaires et du ministère de l'Éducation pour que des ressources éducatives actuelles et suffisantes telles que des vidéos, des brochures, des films, des diapositives, des affiches, etc., soient disponibles dans les deux langues pour les enseignants, les infirmières-hygiénistes et les autres intervenants dans le domaine de la promotion de la santé et de l'éducation.

71. Le ministère de la Santé et des Services communautaires doit accroître la collaboration interorganismes et interministérielle ainsi que la coordination des efforts en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Certaines tâches pourraient être mieux réparties en ce qui a trait au leadership, telles que les campagnes actuelles reliées à l'éducation sur l'usage de l'alcool et les drogues.

72. Les hôpitaux, les foyers de soins, les foyers de soins spéciaux, etc., devraient être encouragés à rendre leurs efforts plus visibles pour offrir des programmes d'éducation en matière de promotion de la santé aux patients, au personnel et à la communauté (notamment, des plans de soins pour les résidents, de l'aide pour les employés, le programme *Colonne en forme*, etc.).

73. Il faudrait faire plus d'efforts pour éviter de préparer une nouvelle documentation semblable au matériel qui existe déjà et utiliser les fonds affectés à la production de nouveau matériel pour accroître la distribution de la documentation actuelle (c'est-à-dire, la diffusion des vidéos et des affiches de luxe pourrait être limitée en raison des coûts élevés de production).

74. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait étudier la possibilité d'établir une ligne Info-santé comme celle qui existe au Québec pour conseiller les consommateurs qui cherchent des services médicaux ou pour fournir des renseignements généraux en matière de santé au grand publique par l'intermédiaire d'un service téléphonique automatique. Des modèles ont été développés par l'INCA à Montréal, un hôpital de la Nouvelle-Ecosse et dans d'autres régions du Canada.

Divers :

75. Le gouvernement pourrait aider les groupes communautaires en matière de promotion de la santé en leur offrant accès au personnel professionnel du gouvernement, de l'espace de réunion aux écoles et aux collèges communautaires au besoin, en leur prêtant du personnel à temps partiel, etc. Il ne faudrait pas croire que seul l'affectation de sommes d'argent suffira à résoudre les problèmes.

76. Il faudrait avoir recours à des évaluations des besoins communautaires pour élaborer des plans stratégiques locaux en matière de santé qui tiennent compte des préoccupations locales et des facteurs démographiques et prévoient des mesures appropriés, accessibles, acceptables et abordables.

77. Le ministère de la Santé et des Services communautaires devrait étudier immédiatement les critères qui pourraient s'avérer nécessaires afin d'établir un Fonds pour les innovations en matière de santé susceptible de fournir des fonds spéciaux à des projets innovateurs de démonstration ou de recherche afin d'améliorer l'état de santé ou de prévenir les blessures, etc.

78. Nous aimerions que la province fasse preuve de leadership en encourageant les communautés locales à adopter des stratégies telles que le Projet canadien des communautés en santé et le projet de Partenaires du développement.

79. En plus du rôle d'éducation de la santé par les médecins, nous devons examiner d'autres services de conseils en matière de santé tels que les cliniques de dépistage pour adultes dans les communautés par les infirmières, le counselling par les pairs pour les personnes âgées dans leurs clubs locaux, un plus grand nombre de visites à domicile aux mères enceintes par les infirmières- hygiénistes et les centres de santé communautaire.

80. Le Conseil est en faveur du concept des groupes d'entraide qui fonctionnent avec le minimum d'aide financière, voire aucune, du gouvernement. Il vaudrait peut-être la peine de désigner un coordinateur provincial afin d'encourager la création d'autres groupes d'aide mutuelle qui pourraient éduire l'utilisation inutile de ressources professionnelles et des institutions de soins de courte durée.

81. Nous aimerions voir une amélioration à l'accès à la consultation génétique afin que les parents futurs à grands risques puissent faire des choix informés vis-à-vis la planification familiale.

82. Nous devons voir une déclaration de principes claire par le gouvernement et par les associations médicales professionnelles qui guarantirait un accès total, sans discrimination, aux services médicaux pour les personnes ayant un handicap, notamment aucun refus de traitement dû aux perceptions vis-à-vis la qualité de vie d'une personne handicapée.

83. Nous recommandons que le ministère de la Santé et des Services communautaires établisse une consultation formelle avec une variété d'associations professionnelles de la santé, afin d'envisager de plus amples occasions pour ces professionnels à participer aux efforts destinés à améliorer l'état de santé de notre population. Des exemples de groupes qui viennent immédiatement à l'esprit, d'après nos rencontres et notre recherche littéraire, incluent les médecins, les chiropracteurs, les infirmières, les ergothérapeutes, les économistes familiales, les travailleurs sociaux et les diéticiennes.

84. Nous recommandons que le ministère de la Santé et des Services communautaires rende public le plan directeur concernant les services de réadaptation, afin de permettre une consultation publique vis-à-vis la manière dont le systè,e essayera de répondre aux besoins de réadaptation des personnes ayant des handicaps temporaires ou chroniques.

85. Nous encourageons la Province à poursuivre une politique détaillée dans tous les domaines de leur responsabilité, assurant que notre environnement soit maintenu sauf pour garder un atmosphère, une eau et un sol sains, pour la présente et les générations à venir. Nous faisons ici référence au travail entrepris par la **Table ronde du premier ministre sur l'environnement et l'économie.**

86. Nous conseillons vivement au gouvernement provincial de maintenir, dans l'établissement de priorités de politiques, un équilibre sain entre les occasions de développement économique et la nécessité de protéger la santé de nos citoyens.

XI. Conclusion

D'après l'étude de la documentation et d'autres recherches effectuées jusqu'à présent par le personnel du Conseil, nous croyons fermement que le gouvernement et autre personnes intéressées doit prioritairement se pencher sur la promotion de la santé et la prévention. Si nous voulons vraiment améliorer la qualité de vie de tous nos citoyens de tous les niveaux d'âge, nous devons encourager le gouvernement à faire preuve de leadership et à établir un plan coordonné afin d'aborder les questions de promotion de santé et de prévention.

Nous reconnaissons les réalités économiques difficiles envisagées par les gouvernements à tous les niveaux et comprennons que nos recommandations doivent être considérées en tenant compte de bien d'autres priorités.

Pendant que le Gouvernement s'efforce à accorder les attentes et les demandes avec les ressources financières disponibles, nous avons espoir que le concept de promotion de la santé et de la prévention continuera à être une priorité et qu'une réponse active à ces recommandations sera mise en vigeur lorsque les épargnes d'autres programmes seront réalisées.

Nous désirons réitérer le besoin de mettre de côté chaque année un pourcentage spécifique des fonds budgétaires du gouvernement pour l'avancement de ce dossier. Certaines de ces mesures ne sont pas dispendieuses et seraient peut-être réalisables avec les présentes structures. D'autres demandent des décisions législatives ou administratives afin de donner de l'autorité aux présentes initiatives.

Pour réussir, nous devons obtenir l'appui et la participation des intervenants de tous les secteurs afin de nous assurer de l'engagement des particuliers et des communautés vis-à-vis des objectifs proposés. L'aspect positif des restrictions financières au gouvernement, c'est peut-être la reconnaissance que le gouvernement ne peut pas faire le travail seul. Toutefois, le gouvernement doit être prêt à affecter des ressources à la campagne et ne pas se limiter à appuyer simplement les mesures en principe.

Une consultation avec les groupes intéressés concerant les coupures possibles au sein des programmes actuels qui permettraient de rediriger une partie des épargnes vers des stratégies plus efficaces, les motiverait peut-être à participer aux réformes fiscales. Les collaborations sont de beaucoup préférées aux décisions unilatérales.

Si nous investissons judicieusement dans les objectifs de promotion de la santé et de prévention, nous pouvons certes espérer réduire l'augmentation des coûts sociaux de soins de santé, tout en améliorant la qualité de vie d'un plus grand nombre de personnes pour des périodes plus longues.

Annexe I

Sommaire général de l'enquête "Promotion d'habitudes de vie saines et prévention - Questions pour groupes communautaires"

(Annexe au rapport "**Mieux vaut prévenir...** Document de principe sur la **promotion de la santé et questions de prévention**")

Préparé par le
CONSEIL DU PREMIER MINISTRE EN MATIÈRE DE SANTÉ
565, rue Priestman
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5X8

PROMOTION D'HABITUDES DE VIE SAINES ET PREVENTION

QUESTIONS POUR GROUPES COMMUNAUTAIRES

Nom de l'organisation : _____

Adresse : _____

_____

_____ Code postal : _____

Agent/e de liaison : _____ Téléphone: _____

1. Enumérez vos activités/projets spéciaux se rapportant à la prévention ou à la promotion de modes de vie sains (indiquer le groupe cible, le nombre de personnes rejointes chaque année, une estimation des coûts au budget annuel et s'ils sont fournis par le personnel ou par des bénévoles).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Quelles sortes de ressources éducatives sont disponibles chez votre organisation (par exemple : films, affiches, brochures, conférenciers/ères)?

_____

_____

_____

_____

QUESTIONS POUR GROUPES COMMUNAUTAIRES Page 2

3. Votre groupe fonctionne-t-il entièrement d'une façon bilingue dans tous vos programmes éducatifs?

_____

4. Dans quelle région du Nouveau-Brunswick fonctionnez-vous? _____

_____

5. Comment évaluez-vous l'efficacité de vos programmes de prévention et de modes de vie sains?

_____

_____

_____

_____

6. Votre groupe reçoit-il régulièrement des fonds ou des ressources éducatives pour vos programmes sur la prévention ou sur la promotion de modes de vie sains :

	Support financier	Ressources éducatives
a) du gouvernement municipal	Oui ___ Non ___	Oui ___ Non ___
b) du gouvernement provincial	Oui ___ Non ___	Oui ___ Non ___
c) du gouvernement fédéral	Oui ___ Non ___	Oui ___ Non ___
d) d'une affiliation nationale	Oui ___ Non ___	Oui ___ Non ___
e) de fondations	Oui ___ Non ___	Oui ___ Non ___

f) d'autres (veuillez préciser) _____

_____

_____

QUESTIONS POUR GROUPES COMMUNAUTAIRES — Page 3

7. Veuillez indiquez quelle valeur vous attachez aux énonciations suivantes :

		Extrêmement important	Assez imp.	Imp.	Moins imp.	Pas imp.	
a)	Augmentation de l'usage de la ceinture de sécurité	___	___	___	___	___	(a
b)	Réduction de l'alcool au volant	___	___	___	___	___	(b
c)	Promulgation d'une loi de restriction de fumage en lieu public	___	___	___	___	___	(c
d)	L'amélioration de la sensibilisation aux maladies tranmises sexuellement	___	___	___	___	___	(d
e)	Aborder le problème du suicide chez les jeunes	___	___	___	___	___	(e
f)	Une emphase accrue sur la connaissance d'une bonne nutrition	___	___	___	___	___	(f
g)	L'exercice physique régulier	___	___	___	___	___	(g
h)	La sécurité au travail	___	___	___	___	___	(h
i)	La réévaluation de conducteurs/trices basée sur une diminution des capacités sensorielles/motrices signalée	___	___	___	___	___	(i
j)	La promotion de coeurs sains	___	___	___	___	___	(j
k)	La promotion d'une santé mentale positive	___	___	___	___	___	(k
l)	L'amélioration de la sécurité sur la route nationale	___	___	___	___	___	(l
m)	Campagnes de prévention de blessures	___	___	___	___	___	(m
n)	Programmes de dépistage précoce pour l'identification de problèmes de santé	___	___	___	___	___	(n
o)	Des améliorations aux programmes de soutien communautaires	___	___	___	___	___	(o
p)	Accroissement des fonds pour les projets de prévention	___	___	___	___	___	(p
q)	Un plus grand soutien aux services de santé publique	___	___	___	___	___	(q
r)	Aborder le problème de la pauvreté familiale	___	___	___	___	___	(r
s)	Concentrer sur la question environnementale	___	___	___	___	___	(s
t)	Accroissement du rôle des écoles en matière de prévention	___	___	___	___	___	(t
u)	Recherches pour déterminer les méthodes les plus efficaces pour changer les comportements/les modes de vie néfastes à la santé	___	___	___	___	___	(u
v)	Développement des cliniques de santé communautaires	___	___	___	___	___	(v
w)	Sensibilisation plus efficace des ressources communautaires	___	___	___	___	___	(w
x)	Encourager les municipalités à promouvoir une communauté saine	___	___	___	___	___	(x
y)	Un usage plus efficace des média	___	___	___	___	___	(y

QUESTIONS POUR GROUPES COMMUNAUTAIRES

8. Avez-vous des recommandations/suggestions sur la façon d'améliorer le résultat des initiatives de prévention/promotion d'habitudes de vie saines?

9. Quel rôle envisagez-vous pour le gouvernement provincial dans le domaine de la prévention ou de la promotion d'habitudes de vie saines?

10. Y a-t-il des programmes/projets que vous aimeriez offrir mais dont vous ne pouvez pas dû à des restrictions/limitations? Veuillez spécifiez :

QUESTIONS POUR GROUPES COMMUNAUTAIRES — Page 5

11. Veuillez énumérer de nouveaux programmes/projets que vous prévoyez offrir dans l'avenir :

_____

_____

_____

_____

_____

12. Autres commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

Date remplie : _____ Par : _____

Veuillez renvoyer ce questionnaire à :

Nancy Légaré
Agente de projets
Conseil du premier ministre en matière de santé
565, rue Priestman, Pièce 304
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5X8

ou envoyez-le nous par télécopieur à : 457-4899

MERCI!

La suivante donne un résumé des réponses à chacune des questions contenues dans le questionnaire.

Question 1

La plupart des activités / projets spéciaux reliés à la prévention des maladies ou à la promotion d'habitudes de vie saines étaient offerts par des bénévoles. Les groupes cibles comprenaient principalement :

- le public en général
- les professionnels de la santé
- les membres de l'organisme / du groupe
- les ministères du gouvernement
- les groupes d'âge spécifique.

Les plus gros organismes ayant un plus important budget était évidemment en mesure d'offrir plus de programmes et de services que les petits organismes ayant moins de fonds.

Les activités et projets spéciaux mentionnés se situaient dans les domaines suivants surtout :

- programmes d'information et d'éducation et de sensibilisation du public
- conférences / ateliers / séminaires / cours
- programmes de formation et de perfectionnement
- services de réadaptation et de soutien
- programmes d'entraide et de counselling
- événements spéciaux / activités de financement / promotion d'habitudes de vie saines
- prévention de blessures / maladies
- évaluation / orientation en vue de soins et de services
- services d'interprètes.

Question 2

La documentation la plus souvent mentionnée comprenaient des brochures ou des dépliants. La plupart des groupes peuvent faire appel à des conférenciers et à des vidéos / films. Près de la moitié ont répondu qu'ils avaient des livres et des brochures. Quelques-uns ont répondu qu'ils avaient de la documentation / des manuels d'enseignement ou des affiches. Certains ont accès à des systèmes nationaux de bibliothèque. D'autres documents et documentation audio-visuels ont été mentionnés.

Question 3

La plupart des groupes fonctionnent entièrement en français et en anglais pour tous les programmes d'éducation, ou ils fonctionnent en anglais seulement, mais ils offrent de la documentation en anglais et en français. Quelques organismes fonctionnent uniquement ou de façon prédominante en anglais. Un groupe a mentionné que les films et les vidéos produits aux États-Unis sont disponibles en anglais seulement. Un autre groupe a mentionné que le nombre de documents dans les langues minoritaires augmente.

Question 4

La plupart des groupes fonctionnent à la grandeur du Nouveau-Brunswick. D'autres groupes ont répondu qu'ils fonctionnent à partir de leur bureau principal, mais que les services sont disponibles pratiquement dans toute la province par l'entremise de divisions ou chapitres locaux et d'autres groupes de soutien. Un petit nombre de groupes ont indiqué qu'ils fonctionnaient dans certaines régions seulement.

Question 5

La plupart des groupes n'évaluent pas l'efficacité de leur programme de prévention des maladies ou de promotion d'habitudes de vie saines. Certains présument que le Bureau national a révisé les services tandis que d'autres comptent sur les membres ou le public pour de la rétroaction. Plusieurs ont mentionné ne pas posséder les ressources humaines financières nécessaires pour évaluer les programmes.

Question 6

La plupart des groupes reçoivent de la **documentation** régulièrement d'un organisme national. Près de la moitié des groupes ont dit recevoir de la documentation des gouvernements provinciaux et fédéral. Quelques-uns ont dit recevoir de la documentation de fondations ou d'administrations municipales. Un seul groupe a dit recevoir de la documentation de l'administration municipale.

Environ la moitié des groupes **reçoivent des fonds** pour les programmes de prévention des maladies ou de promotion d'habitudes de vie saines régulièrement du gouvernement provincial. Aucun groupe n'a dit recevoir des fonds d'une administration municipale. Un petit groupe seulement reçoit des fonds du gouvernement fédéral, un organisme affilié national ou des fondations.

La plupart des groupes comptent sur les activités de financement, les legs et les dons d'autres groupes, clubs de service, associations ou fondations. Certains ont mentionné recevoir du soutien occasionnel pour quelques programmes du gouvernement provincial et du gouvernement fédéral ou d'autres groupes.

Question 7

NOTA : Les énoncés de a) à y) de la question 7 n'ont pas tous été évalués par chaque répondant, ce qui a influencé les résultats. La plupart des questionnaires ont été remplis par l'employé principal ou par un bénévole. Les réponses peuvent exprimer des opinions subjectives de la personne qui a rempli le questionnaire, bien que plusieurs aient mentionné qu'elles essayaient de présenter le point de vue de leur organisme dans la mesure du possible.

Une étude générale des réponses à cette question révèle que les points suivants sont estimés extrêmement importants par les organismes / groupes :

a) **Accroître l'utilisation des ceintures de sécurité**
b) **Réduire l'alcool au volant**
d) **Accroître la sensibilisation du public aux maladies transmises sexuellement**
j) **Promouvoir la santé cardiaque**
p) **Augmenter les fonds pour les projets de prévention**
q) **Donner plus d'appui aux services de santé publique**
r) **S'occuper de la pauvreté familiale**
s) **Concentrer sur les préoccupations environnementales**
t) **Accroître le rôle des écoles dans la prévention**
u) **Effectuer de la recherche pour déterminer les moyens les plus efficaces afin de modifier les comportements / les habitudes de vie.**

NOTA : Les questions ci-dessous ne sont que des exemples des principales réponses fournies et ne sont pas présentées en ordre de priorités.

Question 8

Nous présentons des exemples de recommandations / suggestions sur la façon d'améliorer les résultats des mesures de prévention des maladies / de promotion d'habitudes de vie saines. Elles ne sont pas nécessairement énumérées en ordre de priorités mais elles illustrent tout simplement la diversité des réponses fournies.

- Affecter des fonds à la prévention des maladies et à la promotion d'habitudes de vie saines
- Accroître la sensibilisation du public / Assurer l'accès des citoyens à l'information
- Cibler les jeunes et mieux utiliser les systèmes scolaires pour promouvoir des habitudes de vie saines
- Assurer un suivi plus exhaustif des services et des modifications de comportement efficaces
- Améliorer l'éducation et la formation pour les professionnels de la santé
- Planifier en fonction d'une approche globale ou holistique
- Évaluer les besoins et effectuer de la recherche sur ce qui motive les gens à changer
- Assurer des efforts plus coordonnés et concertés par divers groupes
- Travailler davantage avec l'industrie et le milieu de travail pour promouvoir des habitudes de vie saines.

Question 9

Les réponses fournies pour le rôle attribué au gouvernement provincial dans le domaine de la prévention des maladies ou de la promotion d'habitudes de vie saines portaient sur quatre principaux domaines : financement, coordination, éducation et évaluation.

Question 10

La plupart des groupes ont mentionné que les restrictions / limitations qui les empêchent d'offrir des programmes et des projets sont attribuables au manque de ressources ou de fonds. Les exemples suivants de restrictions / limitations ont été mentionnés :

- Besoin d'un contact plus direct et plus constant auprès des communautés pour motiver la participation
- Besoin de ressources et de fonds pour les groupes axés sur l'intégration des particuliers dans la communauté à partir des établissements
- Besoin d'une ligne d'information gratuite
- Besoin de fonds pour garantir les services bilingues (les fonds pour la traduction ou les services dans les deux langues ne sont pas toujours suffisants)
- Manque de ressources adéquates pour entreprendre des programmes visant un changement de comportement efficace
- Manque de fonds (provinciaux) pour service d'interprétation de langage gestuelle
- Besoin d'éducation, surtout pour les principaux dispensateurs de soins et sensibilisation du public en général
- Besoin d'une législation adéquate adoptée par le gouvernement (par exemple, politiques limitant l'usage du tabac dans les municipalités et la mise en vigueur des autres lois applicables)
- Besoin d'une coordination accrue entre les ministères et organismes gouvernementaux.

Question 11

Nous présentons ci-dessous des exemples de nouveaux programmes / projets que les groupes prévoient offrir à l'avenir :

- Accroître les services et les documents d'information
- Recherche / évaluation
- Accroître la sensibilisation du public aux questions d'habitudes de vie saines
- Éducation / formation
- Programmes d'entraide / groupes de soutien
- Ateliers de loisirs
- Prestation de soins palliatifs
- Programmes pour enfants
- Maisons pour jeunes.

Question 12

Voici d'autres exemples des commentaires :

- Importance de programmes de santé accessibles à tous les citoyens du Nouveau-Brunswick
- Importance de la liaison entre les ministères du gouvernement pour assurer que les besoins soient comblés et éviter le dédoublement des services
- Besoin de fonds gouvernementaux accrus et de soutien pour les groupes communautaires
- Besoin d'une politique publique sur la santé afin de permettre à la société d'assumer sa responsabilité en matière de santé
- Sensibilisation accrue des districts scolaires aux aliments servis aux élèves
- Comprend logement, revenu, loisirs, travail, etc., pour la définition des habitudes de vie
- Besoin de mettre l'accent sur des mesures préventives plutôt que sur le traitement au sein du système médical.

Conclusion

Les résultats de ce sommaire ainsi que les questionnaires remplis seront conservés. Le Conseil pourra s'en servir pendant ses travaux sur la prévention des maladies et la promotion des habitudes de vie saines. Le Conseil aimerait remercier les répondants qui ont pris le temps de remplir le questionnaire.

Annexe II

Ministères, groupes et individus qui ont contribué à la préparation de ce rapport

(Annexe au rapport **"Mieux vaut prévenir...** Document de principe sur la **promotion de la santé et questions de prévention")**

Préparé par le
CONSEIL DU PREMIER MINISTRE EN MATIÈRE DE SANTÉ
565, rue Priestman
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5X8

Ceux qui nous ont envoyé des commentaires écrits :

- Ad Hoc Committee for Health Care Costs - Association canadienne du diabète - Division du Nouveau-Brunswick
- Adhvaryu, Madhavi (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Allen, Shelly (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Amyotrophic Lateral Sclerosis Society of New Brunswick Inc.
- Antle, Dr. G. M. (Médecin de famille, Moncton)
- Armstrong, L. E. (Patiente de chiropracticien, Hampton)
- Armstrong, R. B. (Patient de chiropracticien, Hampton)
- Arseneault, Anne-Marie (Faculté des sciences infirmières, Université de Moncton)
- Association canadienne de la dystrophie musculaire - Bureau du Nouveau-Brunswick
- Association canadienne des paraplégiques - Division du Nouveau-Brunswick
- Association canadienne de physiothérapie - Division du Nouveau-Brunswick
- Association canadienne pour la santé mentale - Division du Nouveau-Brunswick
- Association canadienne pour les sourds/aveugles et les victimes de la rubéole - Division du Nouveau-Brunswick
- Association des chiropraticiens du Nouveau-Brunswick
- Association des conseillers scolaires du Nouveau-Brunswick
- Association des diététistes du Nouveau-Brunswick
- Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
- Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick Inc.
- Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick
- Association du Nouveau-Brunswick pour l'Économie familiale
- Association du Nouveau-Brunswick pour l'Économie familiale (Chapitre de Fredericton)
- Association du Nouveau-Brunswick pour l'intégration communautaire
- Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick
- Barr, Gwen (Patiente de chiropracticien, Hampton)
- Bedford, Vernon (Patient de chiropracticien, Grand Manan)
- Bolduc, Roland (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Breau, Mary L. M. McKenna (UNB Faculty of Education)
- Brechhill, Joy (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Brooks, Shelly (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Bureau du prévôt des incendies
- Burns, Stacy (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Canada Games Aquatic Centre (Saint John)
- Capital District Heart Support Group (Fredericton)
- Centre hospitalier Restigouche (Campbellton)
- Chiasson, Mary (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Chiasson, Jennifer (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Clark, Joan (Infirmière-hygiéniste, Chatham)

- Commission de la santé mentale du Nouveau-Brunswick
- Committee for the Identification/Intervention of At-Risk Families of Preschool-age Children (Fredericton)
- Connolly, Lane (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Conrod, Dr. M. (Médecin de famille, Moncton)
- Conseil canadien pour la réadaptation des handicapés - Division du Nouveau-Brunswick
- Conseil consultatif sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick
- Conseil de la jeunesse du Nouveau-Brunswick
- Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick Inc.
- Conseil des malentendants de Moncton
- Conseil du Premier ministre sur la condition des personnes handicapées
- Conseil interagence du Nouveau-Brunswick sur le tabagisme et la santé
- Conseil sur le tabagisme et la santé de Nouvelle-Écosse
- Cook, Bernice (Patiente de chiropracticien, Pennfield)
- Cooke, Cynthia (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Day, Pauline (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Denning, Kimberly (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Donahue, Donald (Directeur général des écoles, Newcastle)
- Dr. V.A. Snow Centre Inc. (Hampton)
- Eatmon, Barbara Jane (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- École de nutrition et d'études familiales (Université de Moncton)
- Ellis, Sue (Saint John)
- Énergie Nouveau-Brunswick
- Épilepsie Nouveau-Brunswick
- Ericson, Penny (Faculté des Sciences infirmières, UNB)
- Farquharson-Lomax, Susan (Patiente de chiropracticien, Lepreau)
- Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick Inc.
- Fédération du Nouveau-Brunswick pour la planification des naissances
- Fondation du Nouveau-Brunswick des maladies du coeur
- Fondation du Parkinson du Canada - Chapitre de Fredericton
- Fondation Neil Squire
- Forest Hill Rehabilitation Centre (Departement d'ergothérapie, Fredericton)
- Fournier, M. Michel (Foyer Ste-Elisabeth Inc., Baker Brook)
- Gilbey, Valerie (Faculté des Sciences infirmières, UNB)
- Godin, Gabriel (Directeur d'école secondaire, Bathurst)
- Goguen, Emery (Directeur général des écoles, Bathurst)
- Gordon, Ronnie (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Goyeche, Dr. John (Psychologue, Fredericton)
- Grant, Teena (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Hall, Barbara (Post Polio Syndrome, Saint John)
- Hansen, "Chip" Blae E. (Patient de chiropracticien, Westfield)
- Harris, Lauretta (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Harrison, Wayne (Patient de chiropracticien, Saint John)

- Head Injury Association of New Brunswick Inc.
- Health Action Council (Saint John)
- Henderson, Dr. J. M. (Rhumatologue, Fredericton)
- Hickey, M. Suzanne (Patiente de chiropracticien, Clifton Royal)
- Hooper, Cheryl (Patiente de chiropracticien, St. Andrews)
- Hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick
- Human Development Council (Saint John)
- Infirmières de l'Ordre de Victoria - Division du Nouveau-Brunswick Inc.
- Infirmières de l'Ordre de Victoria (Bathurst)
- Institut national canadien pour les aveugles - Division du Nouveau-Brunswick
- Jenkins, Pam (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Jones, E. L. (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Kelly, Glenn (Patient de chiropracticien, Hampton)
- Kelly, Dr. F. (Médecin de famille, Moncton)
- Larlee, Darrell (Patient de chiropracticien, Campbellton)
- Lawless, Beverly (Faculté des Sciences infirmières, UNB)
- Leavitt, Ross (Patient de chiropracticien, Saint John)
- LeBlanc, Guy (Enseignant, St-Antoine)
- LeBlanc, Monique (Infirmière-hygiéniste, Bathurst)
- Lee, L. Patrick (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Lee, Lana (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Legge, Jacqueline (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Leonard, Joanne (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Lions Clubs of District 41-0 and 41-N1
- Lomax, Donald M. (Patient de chiropracticien, Lepreau)
- Lynch, Christine (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- MacKenzie, Patricia (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- MacLean, Dr. Cathy (Médecin de famille, Moncton)
- Magee, Dr. Peter (Chiropracticien, Saint John)
- Maker, Rodger (Patient de chiropracticien, Grand Manan)
- Malone, Walt (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Marshall, Larry (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Matchett, Lori (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- McAvine, Dr. T. (Miramichi Hospital, Newcastle)
- McCubbin, Jim (Patient de chiropracticien, Rothesay)
- McCubbin, Lorna (Patiente de chiropracticien, Rothesay)
- McKelvey, E. Neil (Co-président de la Commission McKelvey-Levesque, Saint John)
- Millett, G. D. (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Ministère de l'Aide au revenu
- Ministère de l'Éducation - Direction des programmes d'études (francophone)
- Ministère de l'Éducation - Bureau provincial
- Ministère de l'Environnement
- Ministère de la Santé et des Services communautaires (Campbellton)
- Ministère de la Santé et des Services communautaires (Bathurst)

- Ministère de la Santé et des Services communautaires (bureau provincial)
  - Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance
  - Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick
  - Bureau des services à l'enfance
  - Bureau pour citoyens aînés
- Ministère de Tourisme, des Loisirs et de Patrimoine (ancien bureau provincial)
- Ministère des Transports - Bureau provincial
- Monteith, Marion (Patiente de chiropracticien, Westfield)
- Morgan, Dr. Leonard (Allergies - Médecin de famille, Saint John)
- Morrell, J. Richard (Patient de chiropracticien, Aroostook)
- Morse, T. B. (Patient de chiropracticien, Grand Manan)
- New Brunswick Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists
- New Brunswick Federation of Home and School Associations, Inc.
- New Brunswick Mental Health Nurses Group
- New Brunswick Nurse Educators
- New Brunswick Oncology Nurses Group
- New Brunswick Teachers' Association
- Noble, Leanne (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Northorp, Dr S. (Médecin de famille, Moncton)
- Ouellette, Debra (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Paterson, Elsa (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Patrick, Dr Allan (Urologue, Fredericton)
- Pelletier, Katia (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Perry, Heidi (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Pinfold, G. S. (Patient de chiropracticien, Saint John)
- Plant, Clarenda (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Pollock, Lorraine (Économiste familiale, Sussex)
- Popma, Dr Harold T. (Omnipracticien, Sackville)
- Positive Heart Living Inc.
- PRIDE Saint John Inc.
- Programme Colonne en forme (la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick et la Commission des accidents au travail)
- Renault, Soeur Cécile (Tracadie)
- Ring, Cindy (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Robichaud, Paulette (Économiste familiale, Tracadie)
- Robichaud, Valois (Professeur, Shippagan)
- Sackville Community Health Committee
- Saint John Hearing Society
- Santé et réproduction (Bathurst)
- Santé publique (Bathurst)
- Senior Watch (Westfield)
- SIDA Nouveau-Brunswick
- Single Parent Resource Centre (Saint John)
- Snow, Calvin H. (Patient de chiropracticien, Quispamsis)

- Société canadienne de la sclérose en plaques - Division de l'Atlantique
- Société canadienne de la croix-rouge - Division du Nouveau-Brunswick
- Société canadienne des hémophiles - Division du Nouveau-Brunswick
- Société canadienne du cancer - Division du Nouveau-Brunswick
- Société d'alzheimer du Nouveau-Brunswick
- Société d'arthrite - division du Nouveau-Brunswick
- Société d'habitation du Nouveau-Brunswick
- Société dentaire du Nouveau-Brunswick
- Société médicale du Nouveau-Brunswick
- Sprague-Chestnut, B. (Patiente de chiropracticien, Quispamsis)
- Tardif, Denise (Représentante infirmière, Conseil interagence du Nouveau-Brunswick sur le tabagisme et la santé)
- The United Church Home for Senior Citizens Inc. (Sackville)
- Thompson, Holly (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Thorne, Jane E. (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Tracy, Elizabeth (Nackawic)
- Trudeau, Dr. Terrence (Psychiâtre, Moncton)
- Ward, A. Philip (Patient de chiropracticien, Saint John)
- White, Edwin (Patient de chiropracticien, Apohaqui)
- Wiggins, Nancy (Faculté des Sciences infirmières, UNB)
- Winchester, M. Ruth (Patiente de chiropracticien, Saint John)
- Winters, Deanna (Étudiante en Sciences infirmières, UNB)
- Wortman, Dr. Neil (Directeur général des écoles, Grand-Sault)
- YMCA-YWCA de Fredericton

Annexe III

Information concernant l'état de santé

(Annexe au rapport **"Mieux vaut prévenir...** Document de principe sur la **promotion de la santé et questions de prévention"**)

Préparé par le
CONSEIL DU PREMIER MINISTRE EN MATIÈRE DE SANTÉ
565, rue Priestman
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5X8

STATISTIQUES ACTUELLES SUR LA POPULATION PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

(Données extraites des tables préparées par
Statistique Canada le 1 juin 1989 - publié en février 1990)

POPULATION TOTALE = 718,500 personnes
Hommes = 354,100
Femmes = 364,400

Selon groupes d'âge : (homme + femme)

0 - 14 ans	=	155,700
15 - 19 ans	=	58,800
20 - 24 ans	=	58,700
25 - 29 ans	=	61,900
30 - 34 ans	=	61,700
35 - 39 ans	=	57,300
40 - 44 ans	=	51,200
45 - 49 ans	=	38,200
50 - 54 ans	=	31,400
55 - 59 ans	=	30,000
60 - 64 ans	=	29,000
65 - 69 ans	=	27,600
70 - 74 ans	=	22,000
75 - 79 ans	=	17,100
80 - 84 ans	=	10,100
85 - 89 ans	=	5,200
90+ ans	=	2,700

SOMMAIRE

0 - 14 ans	=	155,700
15 - 44 ans	=	349,600
45 - 64 ans	=	128,600
65+ ans	=	84,600

ÂGE MOYEN = 32 ans

Statistiques sur les personnes ayant des handicaps

Tableau 1: **Données démographiques sur les personnes handicapées au Canada**

Région géographique	Population Total	Personnes handicapées	Pourcentage du total
T.N.	557 410	73 100	13,1
I.-P.-E.	125 580	18 445	14,7
N.-E.	864 140	145 715	16,9
N.-B	704 630	109 100	15,5
Qc	6 465 035	727 740	11,3
Ont.	9 058 595	1 263 220	13,9
Man.	1 022 255	160 865	15,7
Sask.	989 835	137 520	13,9
Alb.	2 345 415	279 425	11,9
C.-B.	2 853 680	395 120	13,9
Yukon	23 180	2 045	8,8
T.N.-O.	51 530	4 570	8,9
CANADA	25 061 270	3 316 870	13,2

* À remarquer que le taux d'incapacité au Nouveau-Brunswick est le troisième en importance pour les provinces et territoires du Canada et qu'il se situe nettement au dessus de la moyenne nationale.

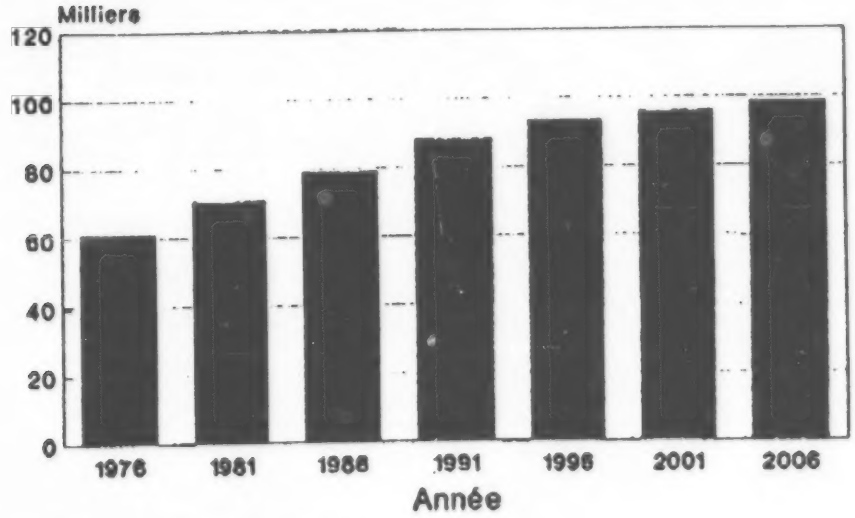
Tableau 2: **Répartition des personnes handicapées au Nouveau-Brunswick selon l'âge et le sexe**

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
0 - 14	6 410	3 495	9 905
15 - 24	2 380	2 985	5 370
25 - 34	4 450	4 340	8 790
35 - 44	5 750	6 030	11 780
45 - 54	5 580	6 250	11 830
55 - 64	11 090	10 195	21 285
65 - 74	10 045	10 570	20 615
75 - 84	5 785	8 300	14 085
85 +	1 630	3 815	5 445
TOTAUX	53 125	55 980	109 105

♦ **Projections**

Le nombre de personnes de 65 ans et plus augmente et il continuera d'augmenter. De 61 100, soit 9 % de la population totale du Nouveau-Brunswick en 1976, il devrait passer à 98 800 en l'an 2006, soit 13,1 % de la population totale. Ce chiffre représente une augmentation de 62 % pour la période de 30 ans. L'augmentation des 65 ans et plus n'aura toutefois pas atteint son sommet en l'an 2006.

Population des personnes de 65 ans et plus, Nouveau-Brunswick, 1976-2006



Sources : Agence de la statistique du N.-B., 1989; 1990. Statistique Canada 1983, 91-518; 1987, 93-101.

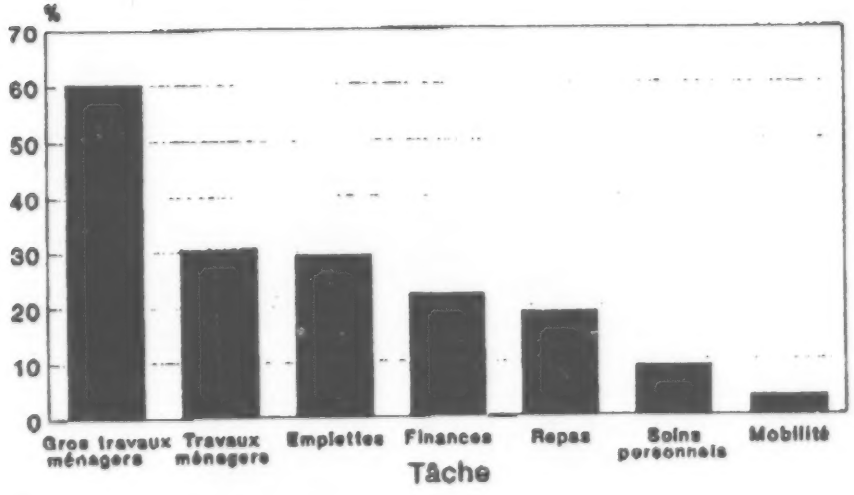
Source : «Les citoyens aînés du Nouveau-Brunswick : Un rapport socio-démographic» Bureau pour citoyens aînés du N.-B. Janvier 1992.

- **Dépendance envers les autres (65 ans et plus demeurant à la maison)**

On ne s'attend pas à ce que les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité et qui vivent à la maison recourent à une aide pour des tâches personnelles ou ménagères. L'aide était plus importante dans le cas des grosses corvées ménagères (60,2 %). Environ 30 % avaient besoin d'aide pour leurs emplettes et leurs travaux ménagers et moins du quart ont obtenu de l'aide pour la gestion de leurs finances personnelles et la préparation des repas. Moins d'une personne sur dix a obtenu de l'aide pour des soins personnels et moins de 4 % ont reçu de l'aide pour se déplacer autour de leur domicile.

Un peu plus de 1 200 personnes ont déclaré avoir besoin d'aide pour les tâches ménagères courantes normales précisant qu'elles ne recevaient cependant aucune aide.

Proportion de personnes de 65+ (à la maison) ayant une incapacité et ayant besoin d'aide, Nouveau-Brunswick, 1986



Source :
Statistique Canada 1990, 82-802.

Source : «Les citoyens aînés du Nouveau-Brunswick : Un rapport socio-démographic» Bureau pour citoyens aînés du N.-B. Janvier 1992.

Revenu et dépenses

Sécurité de la vieillesse (SV)

Les allocations de sécurité de la vieillesse sont versées à toutes les personnes de 65 ans et plus qui satisfont aux exigences de citoyenneté. En mai 1991, 88 108 personnes du Nouveau-Brunswick ont reçu des allocations de SV pleines ou partielles (Santé et Bien-être social Canada, mai 1991). L'allocation de base totale en mai 1991 se chiffrait à 362,37 $ par mois, soit 4 348,44 $ par an (Santé et Bien-être social Canada, 1991).

La pension partielle est fondée sur le nombre d'années qu'une personne a vécues au Canada et elle peut varier entre 1 et 39/40e de la pleine pension. Parmi le petit nombre de personnes qui ont reçu une pension partielle, la majorité ont reçu leur chèque à l'extérieur du Canada.

Nombre de personnes recevant la SV
Nouveau-Brunswick, mai 1991

	Pension partielle	Pleine	Total
Au pays	455	86 626	87 081
À l'étranger	792	235	1 027

Au pays - Personnes recevant leurs chèques de SV au Canada
À l'étranger - Personnes recevant leurs chèques de SV à l'extérieur du Canada

Source : Santé et Bien-être social Canada, mai 1991.

Source : «Les citoyens aînés du Nouveau-Brunswick : Un rapport socio-démographic» Bureau pour citoyens aînés du N.-B. Janvier 1992.

2.1 Données démographiques: Les enfants et leur famille

On compte de moins en moins d'enfants au Nouveau-Brunswick comme dans l'ensemble du Canada. A l'échelle nationale, le taux de fertilité est inférieur depuis 1972 au taux de renouvellement établi à 2,1.[2] Au Nouveau-Brunswick, les prévisions indiquent que les enfants âgés de la naissance à 12 ans ne constitueront plus que 15,7 % de la population de la province en l'an 2001, comparativement à 27,3 % en 1971 (Graphique 1).

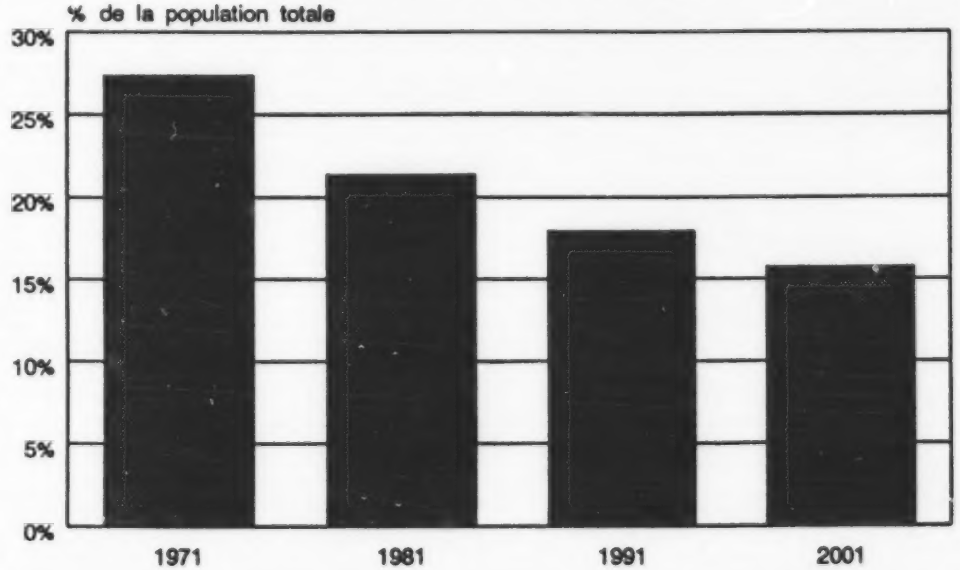
Le graphique 2 illustre les estimations de Statistique Canada concernant le nombre d'enfants des groupes d'âge de la naissance à 4 ans, de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans. Autre signe de la baisse du taux de natalité, le nombre d'enfants est moins élevé dans la tranche d'âge la plus jeune.

Les données sur la taille des familles reflètent la baisse du taux de natalité. En 1961, le nombre moyen d'enfants par famille au Nouveau-Brunswick se chiffrait à 2,3, contre 1,3 en 1986.[3]

Cette tendance a plusieurs incidences importantes sur l'élaboration des politiques futures. La chute du nombre des enfants aujourd'hui signifie qu'il y aura moins de travailleurs sur le marché du travail demain. Par conséquent, on devra adopter des mesures afin de renforcer quantitativement et qualitativement la main-d'oeuvre de demain.

Graphique 1

Pourcentage d'enfants (de la naissance à 12 ans) par rapport à la population totale du Nouveau-Brunswick



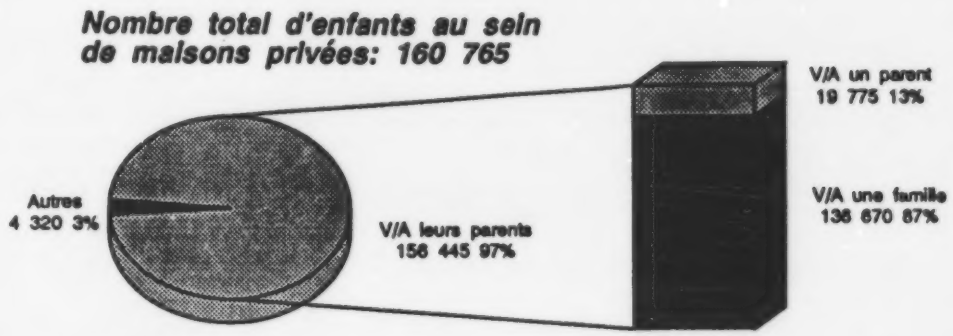
Sources:

1. Statistique Canada, Recensements de 1971 et de 1981
2. Prévisions de l'Agence de la statistique du Nouveau-Brunswick, 1990

Source : «Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de vie de nos enfants» Bureau des services à l'enfance du N.-B. Avril 1991.

Graphique 3

Proportion d'enfants de moins de 15 ans vivant au sein de maisons privées, par type de foyer N.-B., 1986

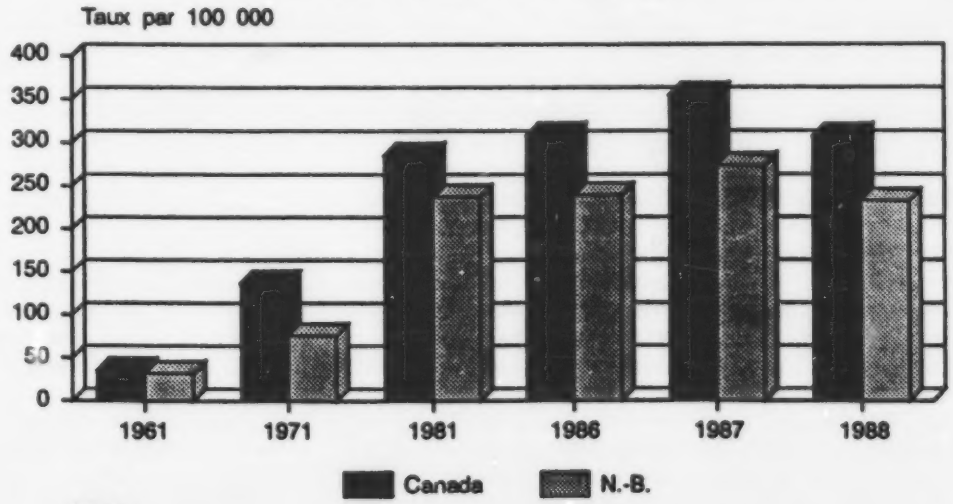


Sources:

1. Le pays. Familles: 1re partie Cat. 93-106 (Statistique Canada) nov. 1989
2. Statistique Canada. Le pays. Logements et ménages, 1re partie. Cat. 93-104.

Graphique 4

Taux de divorces Nouveau-Brunswick et Canada de 1961 à 1988



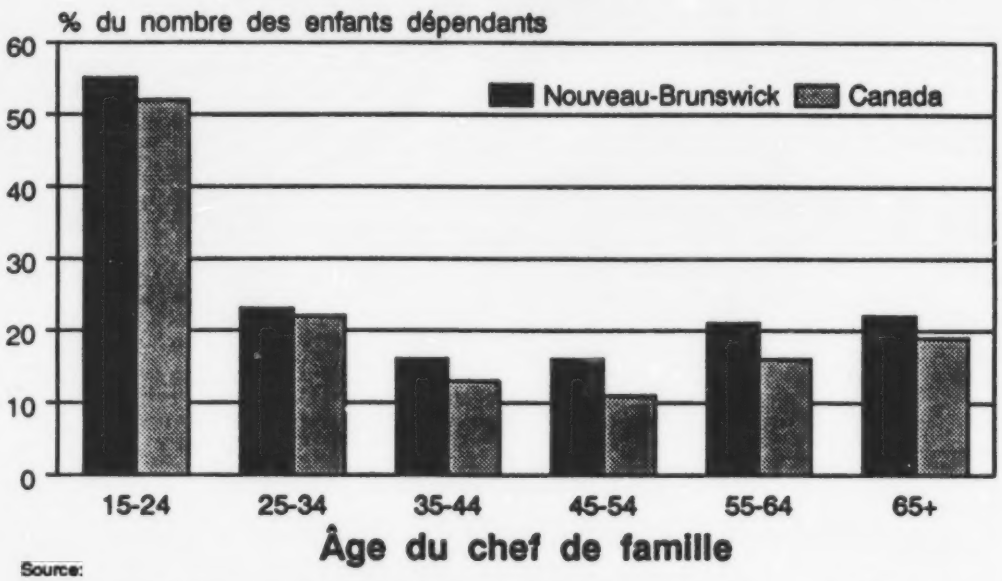
Source:

Statistique Canada, Supplément no. 17 aux Rapports sur la santé, vol 2, no. 1, 1990, tableau 1, p. 2

Source : «Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de vie de nos enfants» Bureau des services à l'enfance du N.-B. Avril 1991.

Graphique 9

Proportion d'enfants* dont les parents ont un faible revenu**, Nouveau-Brunswick et Canada, 1986-87



Source:

Statistique Canada, Enquête sur les finances des consommateurs, Bases de données de 1986-1987

*Enfants dépendants de moins de 25 ans
**Selon le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, données de 1978

Taille de la famille et faible revenu

Au Nouveau-Brunswick, comme dans le reste du Canada, les familles qui vivent sous le seuil de pauvreté ont généralement plus d'enfants que la moyenne.[27] Si l'on tient pour acquis que la présence d'enfants a tendance à "appauvrir les foyers", les familles nombreuses des classes défavorisées contribuent à perpétuer le cycle de la pauvreté.

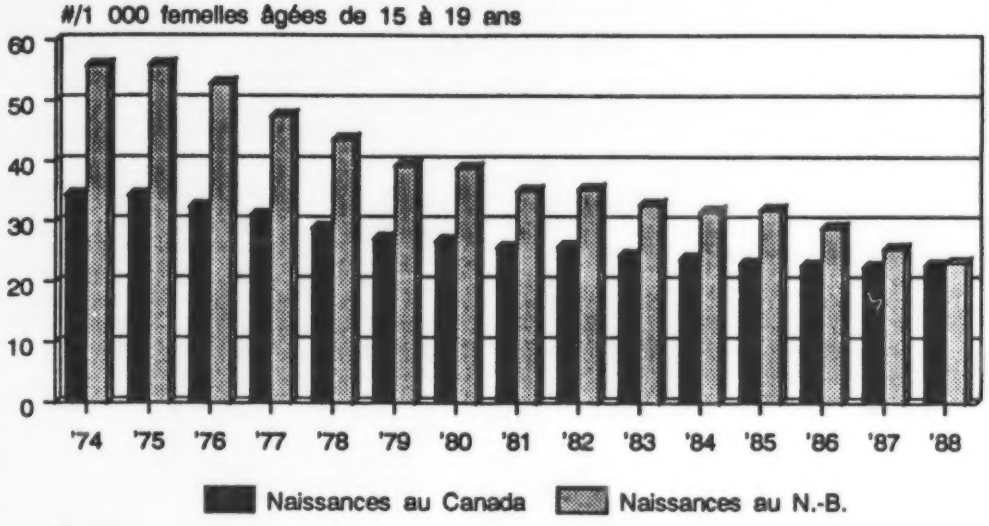
Parents qui restent à la maison

Au Nouveau-Brunswick, comme dans le reste du pays, la possibilité pour un parent de rester à la maison pour prendre soin des enfants est de moins en moins viable. Le Groupe de travail mis sur pied en 1985 sur les parents et la petite enfance, **Silencieux, Vulnérable, Essentiel**, a conclu que certains parents préféreraient rester à la maison avec leurs jeunes enfants s'ils pouvaient se le permettre financièrement.[28] Si on souhaite que cette possibilité puisse être envisagée de façon réaliste par les familles, on devra abattre des barrières économiques et améliorer les structures fiscales de sorte à aider les parents qui veulent prendre soin de leurs enfants à la maison. Le crédit d'impôt pour enfants indique que le gouvernement fédéral attache une certaine importance aux parents qui choisissent cette voie; cependant, ce programme devra être considérablement amélioré pour rendre ce choix viable.

Source : «Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de vie de nos enfants» Bureau des services à l'enfance du N.-B. Avril 1991.

Graphique 5

Naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans, N.-B. et Canada de 1974 à 1988



Sources:

1. Diverses publications de Statistique Canada
2. Ministère de la Santé et des Services communautaires du N.-B. Division de la planification et de l'évaluation

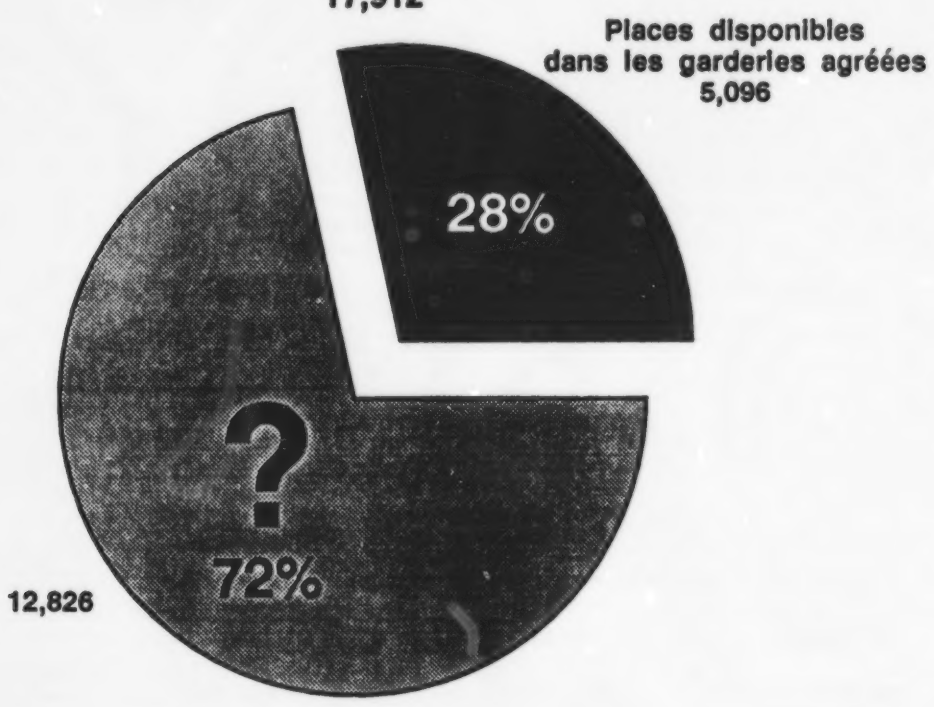
Par contre, le taux de natalité chez les femmes célibataires âgées de 20 à 24 ans s'est accru de façon marquée et à un rythme plus grand que celui de l'ensemble du pays. En 1977, 3,9 % de toutes les naissances étaient attribuables aux femmes célibataires de cette tranche d'âge, par rapport à 9,3 % en 1987; à titre de comparaison, la moyenne canadienne s'est accrue de 3,5 % à 7,3 % pendant la même période.[9] Il faudra recueillir davantage de renseignements sur les facteurs qui contribuent à cette croissance et sur l'incidence de ceux-ci sur les parents et leurs enfants.

Au Nouveau-Brunswick, le taux d'avortements chez les femmes âgées de 15 à 19 ans a chuté de 8,6 % au cours de la période de 15 ans allant de 1974 à 1988. Par contre, le taux d'avortements a progressé de 17 % dans l'ensemble du pays pendant la même période.[10]

Source : **«Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de vie de nos enfants»** Bureau des services à l'enfance du N.-B. Avril 1991.

Graphique 10

Enfants de la naissance à 6 ans dont les parents travaillent* par rapport aux places en garderies agréées** au Nouveau-Brunswick, 1989



*On entend par parents qui travaillent, des parents qui occupent un emploi au moins 20 heures par semaine ou qui étudient à temps plein (à l'exclusion des parents qui travaillent moins de 20 heures par semaine ou qui étudient à temps partiel).

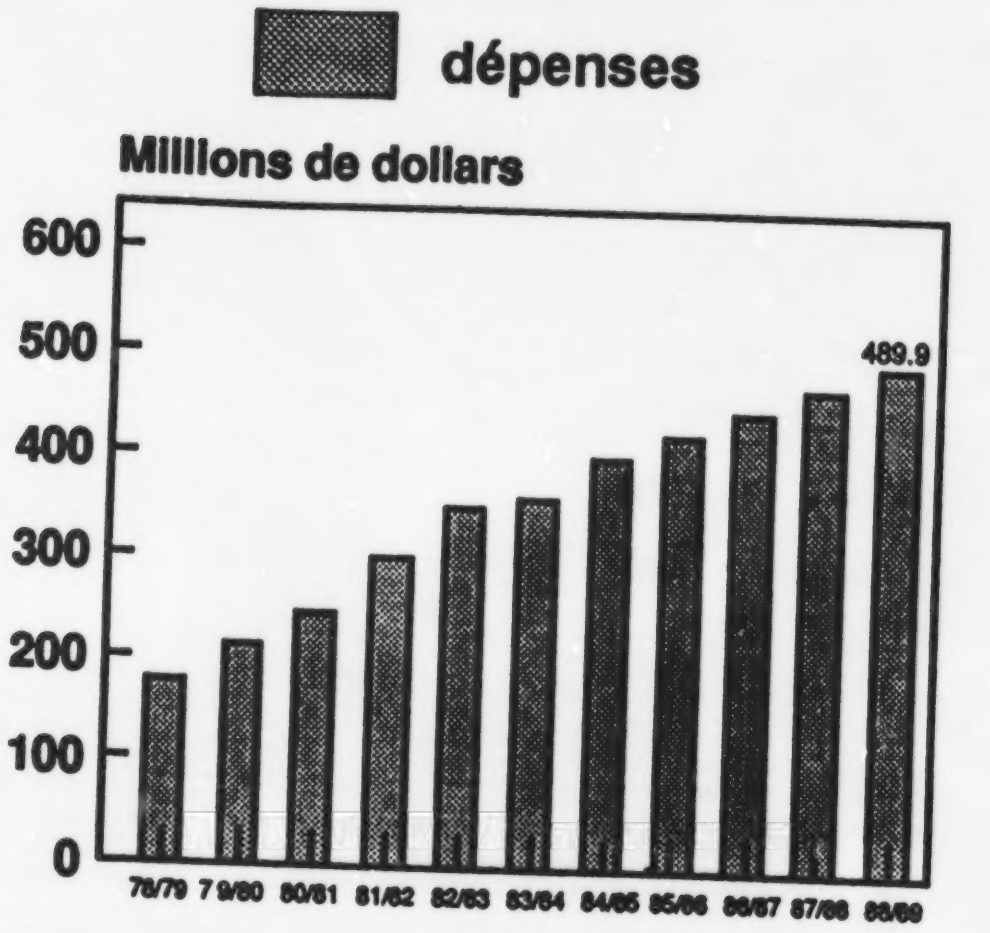
**Places en garderies agréées: places à temps plein (à l'exclusion des places disponibles pour la garde halte-scolaire) pour les enfants de moins de 6 ans

Sources:

1. Centre national d'information sur la garde d'enfants, Santé et Bien-être social Canada, mars 1989.
2. Système d'information du RPSS, Santé et Services communautaires, mars 1989

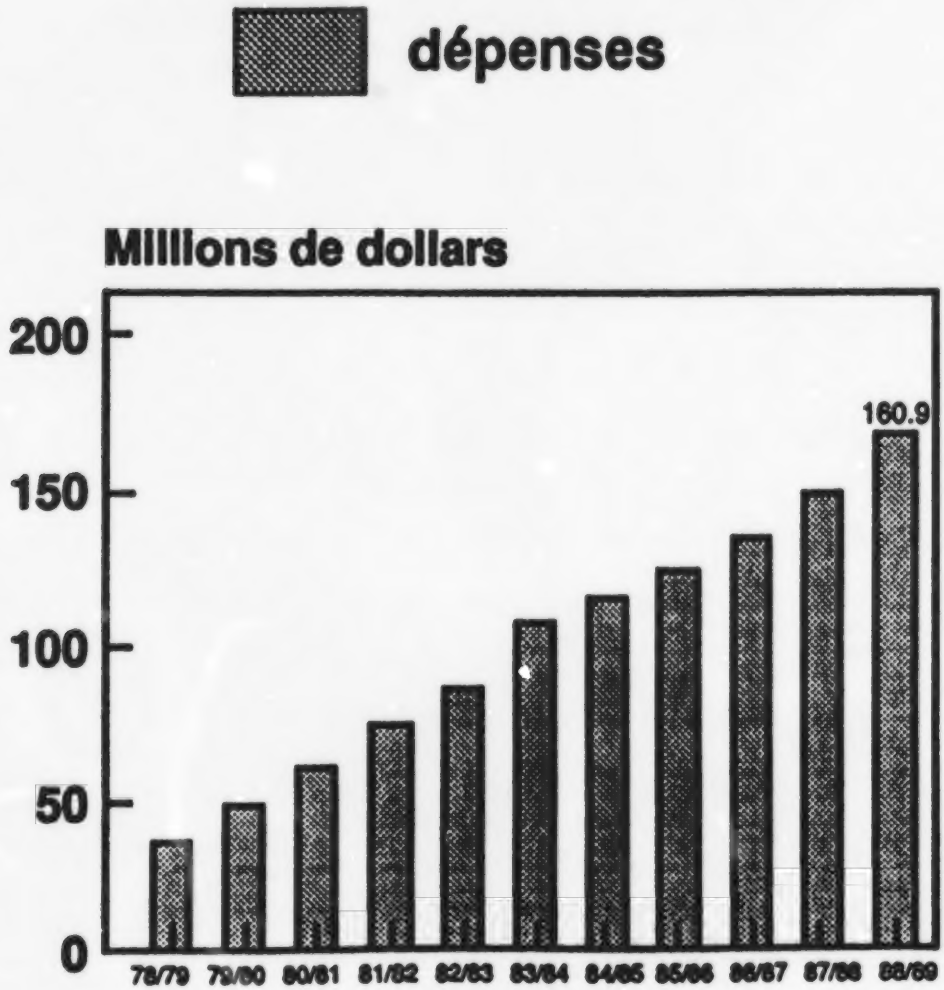
Source : «Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de vie de nos enfants» Bureau des services à l'enfance du N.-B. Avril 1991.

Frais d'exploitation des hôpitaux 1978-79 - 1988-89



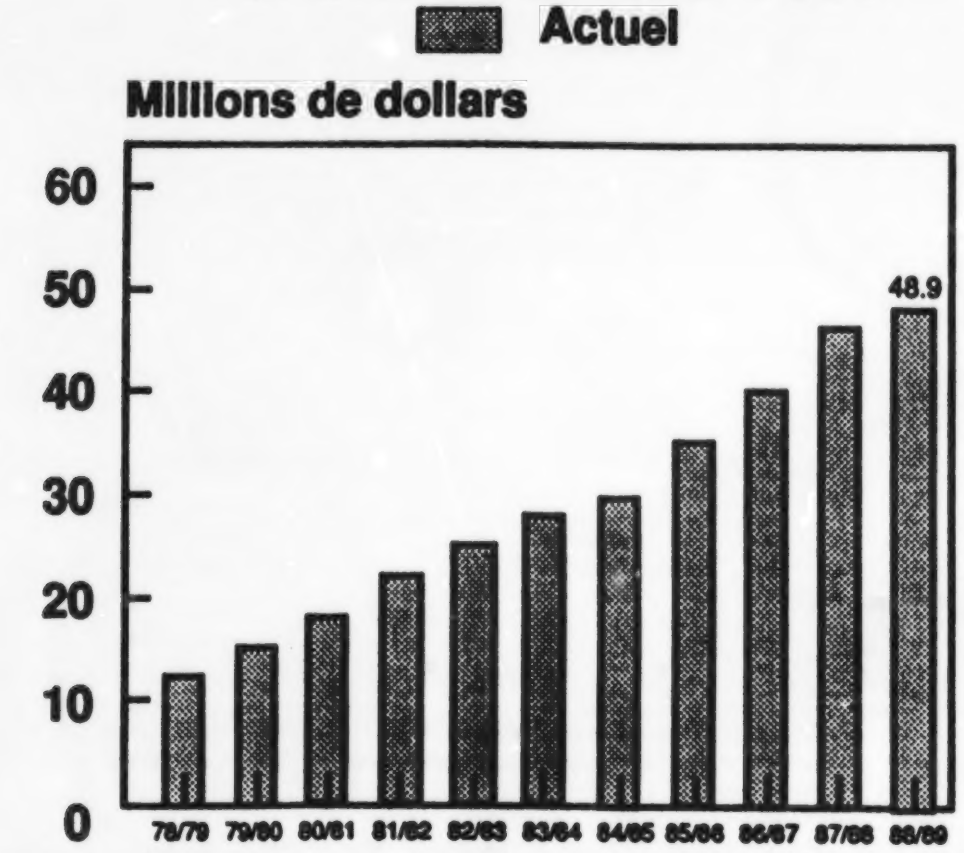
Source : Dépliant préparé par le ministère de la Santé et des Services communautaires du N.-B.

Dépenses d'assurance-maladie 1978-79 - 1988-89



Source : Dépliant préparé par le ministère de la Santé et des Services communautaires du N.-B.

Dépenses pour les programmes de dispensation de médicaments sur ordonnance 1978-1979 à 1988-1989



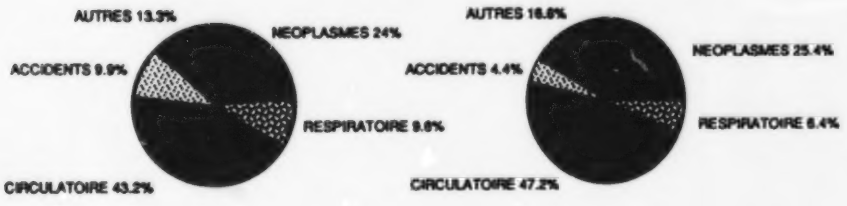
Source : Dépliant préparé par le ministère de la Santé et des Services communautaires du N.-B.

Données sur la mortalité

Principales causes de décès

- Entre 1981 et 1985, on enregistrait une moyenne annuelle de 5 233 décès au Nouveau-Brunswick.
- Les principales causes de décès chez les Néo-Brunswickois étaient les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer, les maladies de l'appareil respiratoire et les accidents.
- Le pourcentage de répartition pour chacune de ces causes de décès était semblable pour la période comprise entre 1981 et 1985. Le graphique ci-dessous illustre les pourcentages de décès attribuables à ces maladies chez les hommes et les femmes en 1985.

Pourcentage de décès selon les principales causes, pour les hommes et les femmes, Nouveau-Brunswick – 1985



Hommes
Nombre Total – 3011

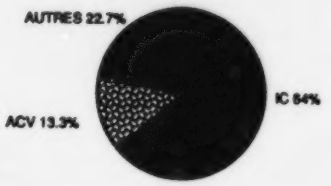
Femmes
Nombre Total – 2275

- Chez les hommes, les crises cardiaques étaient au premier rang des causes de décès, suivies du cancer de la trachée, des bronches, du poumon et des accidents cérébro-vasculaires.
- Entre 1981 et 1985, la proportion d'hommes décédés d'une crise cardiaque et du cancer du poumon était plus élevée dans le Sud que dans le Nord.
- Chez les femmes, les crises cardiaques, les accidents cérébro-vasculaires et le cancer du sein constituaient les principales causes de décès.
- Entre 1981 et 1985, la proportion des femmes décédées des suites de ces affections était plus élevée dans le Sud que dans le Nord.

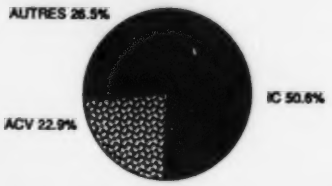
Source : «L'État de santé des Néo-Brunswickois - Faits saillants» Ministère de la Santé et des Services communautaires. 1990.

Maladies de l'appareil circulatoire

Pourcentage de décès attribuables aux maladies cardio-vasculaires, d'après les causes principales, pour les hommes et les femmes, Nouveau-Brunswick – 1985



Hommes
Nombre Total –1300

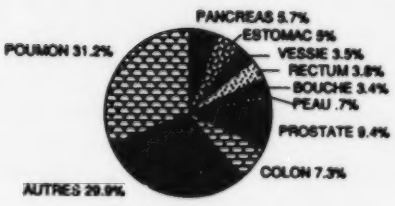


Femmes
Nombre Total – 1073

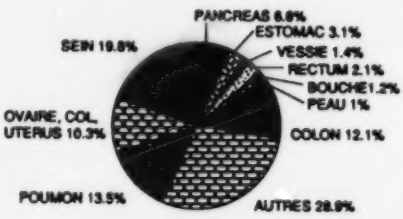
- Environ 75% de tous les décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire étaient dus aux crises cardiaques ou aux accidents cérébro-vasculaires. Plus d'hommes que de femmes étaient décédés de crises cardiaques, et plus de femmes que d'hommes étaient décédées à la suite d'accidents cérébro-vasculaires entre 1981 et 1985.

Néoplasmes (cancer)

Pourcentage de décès attribuables aux néoplasmes malins, par sites principaux, pour les hommes et les femmes, Nouveau-Brunswick – 1985



Hommes
Nombre Total – 726



Femmes
Nombre Total – 577

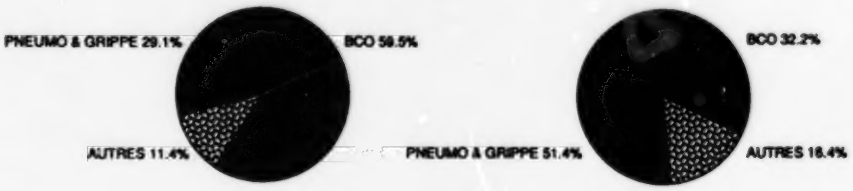
- Parmi les hommes décédés du cancer, les sites principaux étaient (en ordre décroissant) : la trachée, les bronches et les poumons, suivis de la prostate, du côlon, du pancréas et de l'estomac.

- Parmi les femmes décédées du cancer, les sites principaux étaient (en ordre décroissant) : les sein, suivis de la trachée, des bronches, des poumons, du côlon, du pancréas et de l'estomac. De plus,

Source : «L'État de santé des Néo-Brunswickois - Faits saillants» Ministère de la Santé et des Services communautaires. 1990.

lorsque l'on combine les décès dus au cancer de l'ovaire, du col et de l'utérus, cette cause se classait au deuxième rang en 1983, au troisième rang pour les années 1981-82 et au quatrième rang pour la période 1984-85.

Pourcentage de décès attribuables aux maladies de l'appareil respiratoire, d'après les causes principales, pour les hommes et les femmes, Nouveau-Brunswick – 1985



Hommes
Nombre Total – 289

Femmes
Nombre Total – 146

- La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la pneumonie de l'appareil et la grippe comptaient pour environ 90% de tous les décès dus aux maladies respiratoires. Plus d'hommes que de femmes étaient décédés de MPOC mais ces dernières décédaient plus souvent que les hommes de pneumonie ou de grippe.

- La plupart des décès associés à la MPOC se présentaient chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de mortalité chez les hommes était plus élevé dans le Nord que dans le Sud pendant quatre des cinq années de la période comprise entre 1981 et 1985.

Accidents

- Les accidents de la route représentaient le plus fort pourcentage de décès par accident entre 1981 et 1985. Le pourcentage de décès dus aux accidents de la route était généralement plus élevé chez les hommes des groupes d'âge de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans.

Source : **«L'État de santé des Néo-Brunswickois - Faits saillants»** Ministère de la Santé et des Services communautaires. 1990.

Données sur la morbidité

Principales causes d'hospitalisation

- Les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer et les maladies de l'appareil respiratoire (MPOC, par exemple) étaient les principales causes d'hospitalisation en 1984 et 1985.
- Chez les femmes, les troubles mentaux constituaient également une importante cause de morbidité hospitalière pendant ces deux mêmes années.
- Les hommes totalisaient le plus grand nombre de jours de soins hospitaliers (pour 1000 habitants) pour les crises cardiaques, le cancer et les maladies de l'appareil respiratoire.
- Les femmes totalisaient le plus grand nombre de jours de soins hospitaliers (pour 1000 habitants) pour les accidents cérébro-vasculaires et les troubles mentaux.
- Les taux de radiations (pour 1000 habitants) pour les accidents cérébro-vasculaires étaient les mêmes pour les deux sexes.
- Les hommes enregistraient le plus haut taux de radiations (pour 1000 habitants) pour les crises cardiaques et les maladies de l'appareil respiratoire.
- Les taux de radiations étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes pour le cancer et les troubles mentaux.

Maladies transmissibles

- Les quatre maladies transmissibles les plus répandues au Nouveau-Brunswick en 1986 étaient les gonococcies, la rougeole, la campylo bactériose et la salmonellose.
- Au total, 506 cas de gonococcies furent rapportés (0,7/1 000 habitants).
- Au total, 350 cas de rougeole furent rapportés (0,5/1 000 habitants). Même si ce chiffre peut paraître élevé, la tendance était la même à travers le pays.
- Au total, 149 cas d'infection à campylobacter (0,2/1 000 habitants) et 128 cas de salmonellose (0,2/1 000 habitants) furent rapportés. Aucune flambée d'affection entérique n'a été signalée.
- En vigueur depuis 1982, la politique du Nouveau-Brunswick en matière d'immunisation rend obligatoire la vaccination des enfants d'âge scolaire contre certaines maladies que l'on peut prévenir par la vaccination: la poliomyélite, la diphtérie, la rougeole, les oreillons, la rubéole et le tétanos.

Source : «L'État de santé des Néo-Brunswickois - Faits saillants»
Ministère de la Santé et des Services communautaires. 1990.

- En 1986, 97% des écoliers de première année furent vaccinés.
- Durant cette même année, 20 cas de tuberculose furent enregistrés dont 18 nouveaux cas et deux réactivations.
- En 1984, le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) et la séropositivité du virus d'immuno-déficience humaine (VIH) devinrent officiellement à déclaration obligatoire au Nouveau-Brunswick.
- Durant 1985 et 1986, six cas de SIDA furent rapportés dans la province.
- Durant cette même période, 57 cas de VIH+ furent également rapportés dans la province.

Habitudes de vie

- Chez les élèves de la septième à la douzième année, 31% avaient consommé du tabac et 70% avaient consommé de l'alcool au moins une fois dans la période de 12 mois précédant le recensement de 1986.
- Selon les données de l'Enquête promotion santé de 1985, 31% des Néo-Brunswickois fument et, parmi ceux-ci, 28% fument chaque jour.
- D'après les estimations de la prévalence, le taux d'alcoolisme chez les hommes avait baissé de 5% entre 1971 et 1981. Selon ces mêmes sources de donneés, le taux d'alcoolisme avait augmenté de 26% chez les femmes durant la même période.
- La consommation annuelle d'alcool dans la province était plus faible que celle de la moyenne canadienne entre 1982 et 1986.
- Enquête condition physique Canada, réalisée en 1981, démontrait que le niveau d'activité physique des Néo-Brunswickois était plus faible que celui de la moyenne canadienne.
- Selon les données de l'Enquête promotion santé de 1985, 71% des Néo-Brunswickois bouclaient toujours leur ceinture de sécurité en voiture, comparativement à 9% qui ne l'utilisaient jamais.
- Au total, 54% des Néo-Brunswickois avaient fait prendre leur tension artérielle au cours des six mois précédant l'Enquête promotion santé, contrairement à 4% qui ne l'avaient jamais fait prendre.
- Au total, 52% des Néo-Brunswickoises avaient subi un examen des seins effectué par un médecin ou une infirmière au cours des 12 mois précédant l'Enquête promotion santé de 1985.
- Au total, 49% des Néo-Brunswickoises s'étaient soumises à l'examen de Papanicolaou au cours des douze mois précédant l'Enquête promotion santé, 14% s'y étaient soumises deux ou trois ans précédent l'enquête et 19% n'avaient jamais subi un tel examen.

Source : **«L'État de santé des Néo-Brunswickois - Faits saillants»**
Ministère de la Santé et des Services communautaires. 1990.

- Le pourcentage de Néo-Brunswickois qui auraient limité ou évité la consommation de certains aliments afin de se maintenir en bonne santé était :

  18% - aliments riches en cholestérol
  22% - aliments riches en graisses alimentaires
  13% - aliments très sucrés
  7% - aliments très salés (Enquête promotion santé)

- Toujours selon cette enquête, 52% des Néo-Brunswickois, se considéraient en très bonne ou en excellente santé, comparativement à 61% pour le Canada.

- Selon cette même enquête, 31% des Néo-Brunswickois se considéraient en bonne santé, comparativement à 27% pour le Canada.

Source : **«L'État de santé des Néo-Brunswickois - Faits saillants»**
Ministère de la Santé et des Services communautaires. 1990.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SIDA

Selon les statistiques officielles du Centre fédéral sur le SIDA, depuis le mois d'actobre 1991, il y a 43 cas de SIDA diagnostiqués au Nouveau-Brunswick et 151 individus identifiés comme étant HIV positifs. Le Centre fédéral sur le SIDA estime que pour chaque cas enregistré, il y a entre 50 à 100 autres individus qui ont contractés le virus HIV. En nous servant de 50, le chiffre le plus bas, nous pouvons au bas mot estimer un total actuel de 2 050 résidents du Nouveau-Brunswick atteints du virus HIV.

FAITS SAILLANTS SUR LES ENFANTS ET LE TABAC

- Si on se réfère aux sondages les plus récents de Santé et Bien-être social Canada, plus de 90% de jeunes fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 17 ans.

- Au Canada, les jeunes de moins de 14 ans sont les plus aptes à commencer à fumer; près de 40% de jeunes gens affirment avoir déjà commencé à fumer à l'âge de 12 ans.

- En se référant aux taux de consommation annuelle au Canada, on estime qu'en 1986, les Canadiens âgés de moins de 18 ans ont fumé plus de deux billions de cigarettes, ce qui représente un marché annuel de 260 millions de dollars.

- Il y a environ 500 000 fumeurs âgés entre 13 et 19 ans.

- Le tabac est un produit provoquant la toxicomanie. Le récent rapport de Chirurgien Général des Etats-Unis confirme que la nicotine est égale à l'héroïne et à la cocaïne à cet égard. La Société royale du Canada a recommandé que l'usage du tabac soit classifié comme une toxicomanie à l'égard de la nicotine.

- De tous les fumeurs couramment âgés de 15 ans, le tabac en tuera 8 fois plus que les accidents de voiture, le suicide, les meurtres, l'abus des drogues et le SIDA TOUT PRIS ENSEMBLE.

- Un récent sondage Gallup, à l'intention de la Société canadienne du cancer, indique que plus de 82% des Canadiens appuient la restriction de la vente de produits de tabac aux mineurs.

- Si l'on peut prévenir l'usage du tabac chez les jeunes de moins de 19 ans, la grande majorité de Canadiens ne fumeront pas, puisque très peu de personnes commencent à fumer après l'âge de 20 ans.

- L'usage du tabac est un pas vers la drogue. La recherche nous suggère que la prévention de l'usage du tabac pourrait réduire le risque d'usage de la drogue chez les jeunes.

- La fumée de seconde-source aggrave l'asthme chez les jeunes. Les parents qui fument augmentent le risque de la bronchite et de la pneumonie chez les enfants en bas âge.

- La "U.S. Environmental Protection Agency" a émis une première ébauche d'un rapport qui classifie la fumée indirecte de matière cancérogène de type "A" qui peut causer le cancer.

Tableau sur la mortalité reliée au tabac

Le tabac cause 35 000 décès chaque année au Canada.

Presque tous les "nouveaux fumeurs" ont moins de 17 ans.

Pour chaque 100 000 fumeurs/euses maintenant âgé-e-s de 15 ans (moitié filles, moitié garçons), le tabac en tuera au moins 18 000. Le tableau suivant compare le taux de mortalité relié au tabac, à d'autres causes de décès pour chaque 100 000 fumeurs/euses couramment âgé-e-s de 15 ans:

Cause de décès		*Le tabac en tuera*
1 200	Accidents d'automobiles	15 x plus
900	Suicides	20 x plus
130	Meurtres	135 x plus
70	SIDA	250 x plus
10	Abus des drogues	1 800 x plus
2 310	*Combinés*	*presque 8 x plus*

Source: Conseil canadien sur le tabagisme et la santé.
Données obtenues du Laboratoire de lutte contre la maladie, S.B.S.C.

Tableau 1.

Taux de mortalité attribuable au tabagisme standardisé pour l'âge, nombre de décès ainsi que taux et nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) par province, 1986

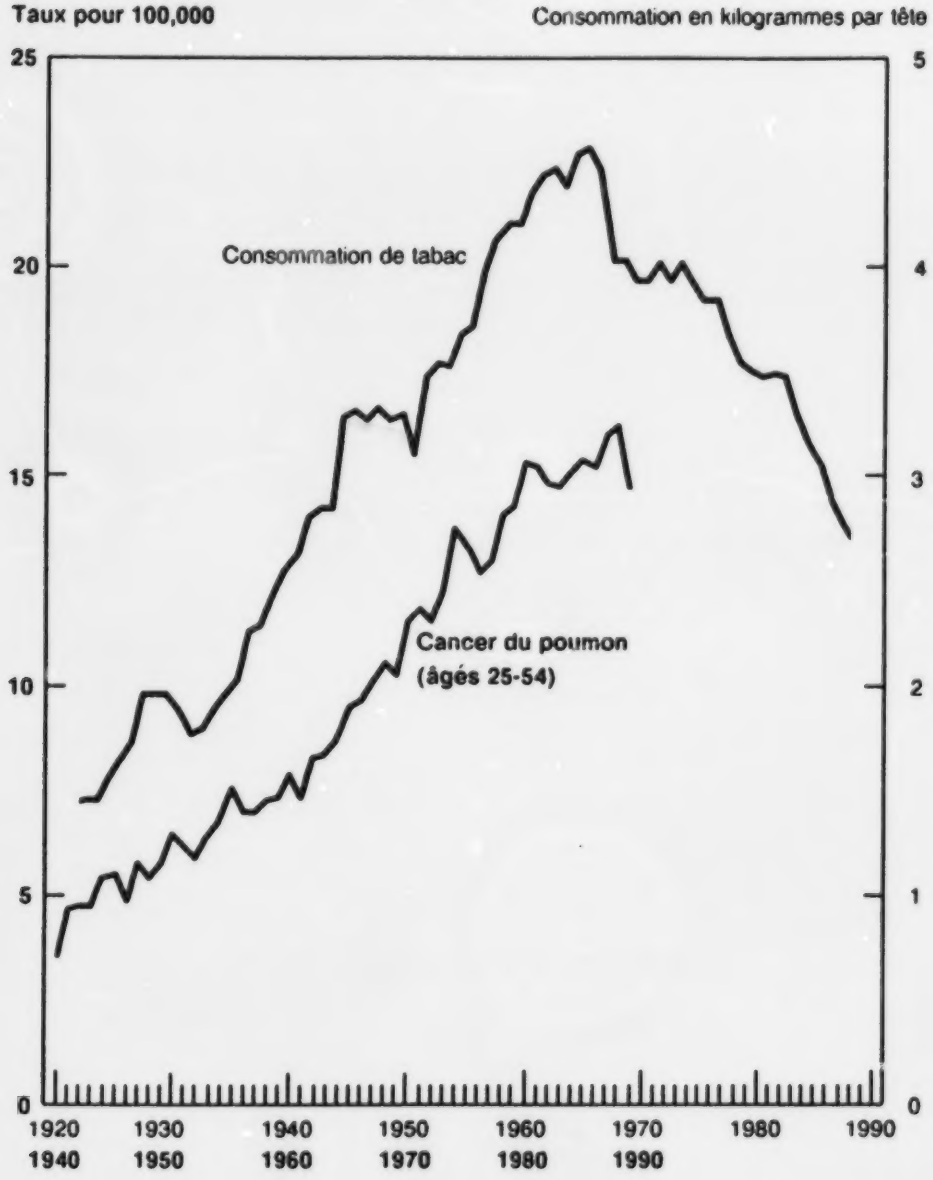
	Taux de mortalité attribuable au tabagisme et standardisé pour l'âge pour 100 000 et nombre de décès		Taux d'APVP pour 100 000 et APVP			
	De 15 à 74 ans		Avant 65 ans		Avant 75 ans	
	H	F	H	F	H	F
Canada*	194 (22791)	37 (4865)	857 (1070)	447 (570)	2135 (2670)	812 (1040)
Terre-Neuve	197 (459)	36 (84)	647 (18)	350 (10)	1767 (50)	635 (18)
Ile-du-Prince Édouard	205 (126)	30 (18)	1100 (7)	359 (2)	2503 (16)	628 (4)
Nouvelle-Écosse	226 (958)	42 (181)	913 (39)	458 (20)	2367 (102)	849 (38)
Nouveau-Brunswick	207 (679)	40 (138)	865 (30)	409 (15)	2166 (76)	781 (28)
Québec	229 (6628)	38 (1331)	972 (312)	479 (160)	2436 (781)	865 (289)
Ontario	184 (7973)	35 (1729)	784 (351)	411 (191)	2044 (914)	768 (357)
Manitoba	193 (1031)	39 (211)	837 (44)	453 (25)	2153 (114)	821 (45)
Saskatchewan	169 (865)	37 (178)	867 (44)	448 (23)	2055 (104)	790 (40)
Alberta	177 (1613)	40 (413)	908 (109)	508 (60)	1900 (227)	848 (100)
Colombie-Britannique	164 (2431)	37 (560)	798 (114)	444 (65)	1960 (280)	815 (119)

* Les données relatives au Canada incluent celles du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

Source : «Maladies chroniques au Canada» (janvier 1990)

Figure 17

Consommation de tabac à fumer, 1922-1988 et taux de mortalité par cancer du poumon, 1940-1988, Canada



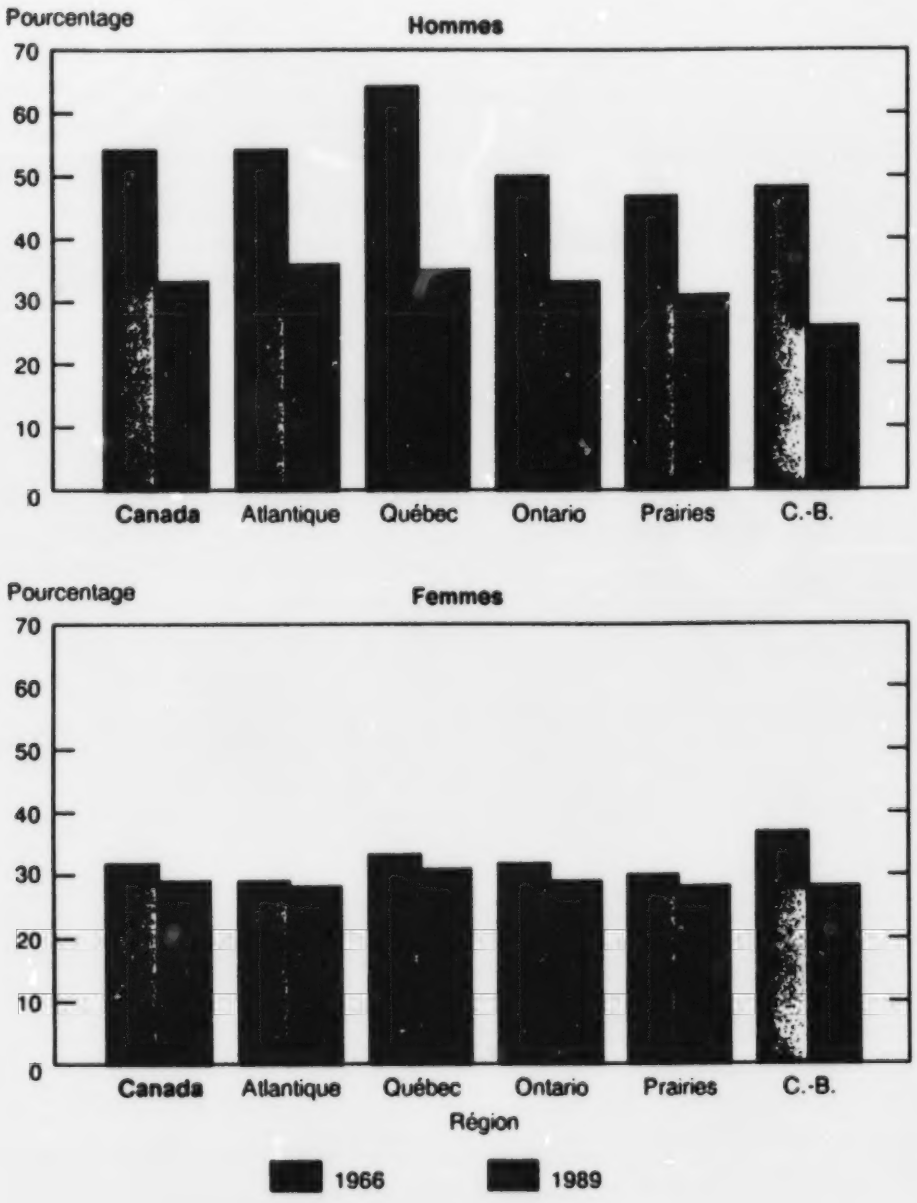
Nota: *La consommation de tabac chez les fumeurs a été calculée en kilogrammes par tête (en se basant sur le groupe d'âge de 15 ans et plus) et exclut les personnes qui prisent et chiquent le tabac.*

Les taux de mortalité sont corrigés en fonction de la structure par âge de la population mondiale, et comprennent les décès pour les groupes d'âge 25-54.

Source: *Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Santé et Bien-être social Canada.*

Source : **«Statistiques canadiennes sur le cancer 1991»** Statistiques Canada.

Figure 16
Fumeurs réguliers âgés de 15 ans et plus, Canada et régions, 1966 et 1989



Nota: *Les fumeurs réguliers fument des cigarettes tous les jours.*

Source: *Centre canadien d'information de la santé, Statistique Canada.*

Source : «Statistiques canadiennes sur le cancer 1991» Statistiques Canada.

TOTAL DES COUTS POUR LA PROVINCE

Les coûts de l'abus de l'alcool au Nouveau-Brunswick ont été évalués à plus de 249,6 millions de dollars en 1988.

Coûts de l'abus d'alcool au Nouveau-Brunswick

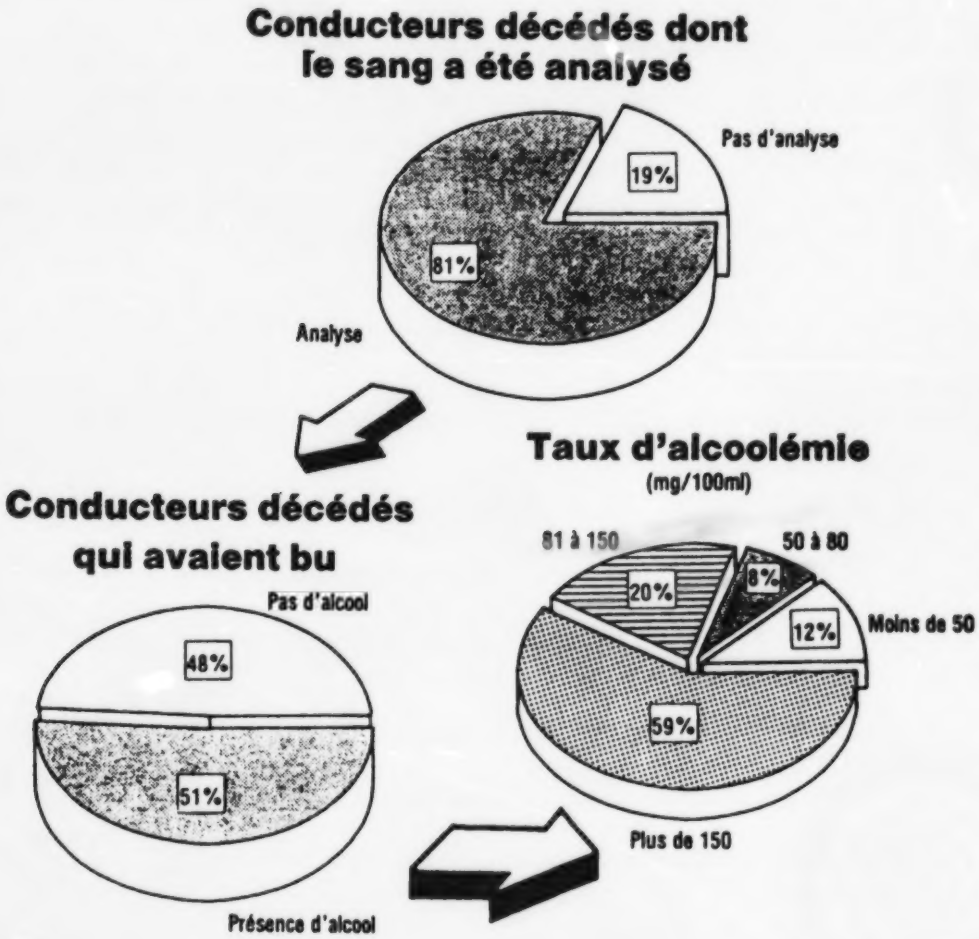
Variable	Coûts estimatifs en millions de dollars
Soins de santé	109,1
Services sociaux	49,0
Pertes de production	73,1
Accidents d'automobiles	2,8
Pertes par incendie	8,8
Système criminel-judiciaire	6,5
Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance	7,1
TOTAL	**249,6 $**

Source : "The Cost of Alcohol Abuse to New Brunswick", Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick, juillet 1983. (mise à jour en novembre 1989)

PROBLEMES ASSOCIÉS A L'ALCOOL

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Consommation d'alcool chez les conducteurs
mortellement blessés (1985)



Source : Traffic Injury Research Foundation

PROBLEMES SOCIAUX

Les statistiques suivantes fournies par le National Council on Alcoholism indiquent la relation entre la consommmation d'alcool et le crime :

- dans les cas de vols, 72 % des contrevenants avaient consommé de l'alcool;
- dans les cas de meurtres, 86 % des contrevenants, et entre 40 et 60 % des victimes, avaient consommé de l'alcool;
- dans les cas de viols, 50 % des violeurs avaient consommé de l'alcool; et
- dans les cas d'agression, 72 % des contrevenants avaient consommé de l'alcool.

On reconnaît de plus en plus qu'il existe une relation entre la violence en milieu familial et la consommation d'alcool. Bien que des recherches soient rarement effectuées dans ce domaine, de récentes études indiquent les résultats suivants :

- la consommation d'alcool est un facteur dans 56 % des disputes et des agressions dans les foyers américains;
- la consommation d'alcool est un facteur dans 40 % des problèmes relevant du tribunal de la famille;
- la consommation d'alcool est un facteur dans 34 % des cas de mauvais traitements infligés à un enfant;
- 50 % des parents alcooliques infligent des mauvais traitements à leurs enfants;
- 66 % des enfants des familles comptant un alcoolique sont maltraités;
- 67 % des cas d'agression sexuelle à l'égard des enfants sont reliées à la consommation d'alcool;
- 80 à 90 % des hommes qui battent leurs femmes consomment d'alcool;
- 70 % des femmes battues consomment de l'alcool fréquemment;
- 39 % des cas d'agression sexuelle contre les femmes sont reliés à la consommation d'alcool;
- 50% des victimes d'inceste proviennent d'un milieu familial où il y a un alcoolique.

SOURCE : Focus on Family and Chemical Dependency, Vol. 9 nº 3, mai/juin 1986, p. 10-11.

ESTIMATION DE LA CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES ÉLVES D'APRES LES CHIFFRES DES PLUS RÉCENTES ÉTUDES

DROGUE	FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE, ONTARIO 1989	COMMISSION DE L'ALCOOLISME ET DE LA PHARMACO-DÉPENDANCE DU N.-B., 1989	S.A.D.A.C. SASKATCHEWAN 1986	MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA C.-B. 1987
ALCOOL	66,2 %	70,9 %	66,0 %	74,4 %
TABAC	23,3 %	40,9 %	31,0 %	28,5 %
CANNABIS	14,1 %	18,0 %	14,0 %	30,0 %
COLLE	1,9 %	2,7 %		2,7 %
DISSOLVANTS	3,1 %	4,4 %	1,0 %	3,8 %
BARBITURIQUES (P)	7,8 %	12,1 %		11,3 %
BARBITURIQUES (NP)	2,2 %	6,5 %	1,0 %	
HÉROÏNE	1,2 %	2,0 %	1,0 %	
AMPHÉTAMINES	2,5 %	5,0 %		6,8 %
STIMULANTS (P)	3,3 %	6,6 %		6,3 %
STIMULANTS (NP)	6,5 %	8,4 %	5,0 %	
TRANQUILLISANTS (P)	3,1 %	4,9 %		5,0 %
TRANQUILLISANTS (NP)	2,4 %	4,3 %	2,0 %	
LSD	5,9 %	7,9 %		
HALLUCINOGÈNES	4,3 %	5,0 %	6,0 %	14,2 %
COCAÏNE	2,7 %	3,0 %	2,0 %	6,1 %
PCP	1,1 %	1,9 %	1,0 %	

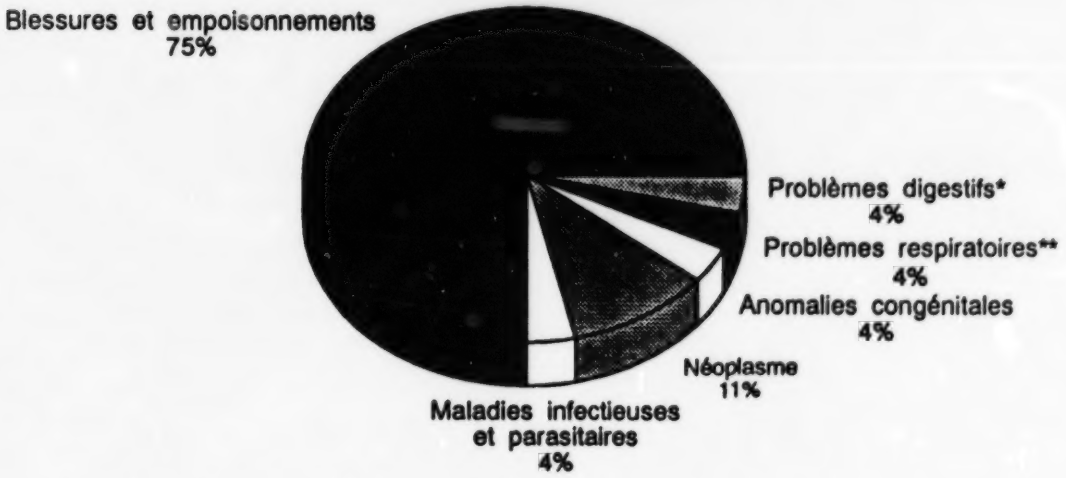
(P) - Prescription

(NP) - Non-prescription

Graphique 7b

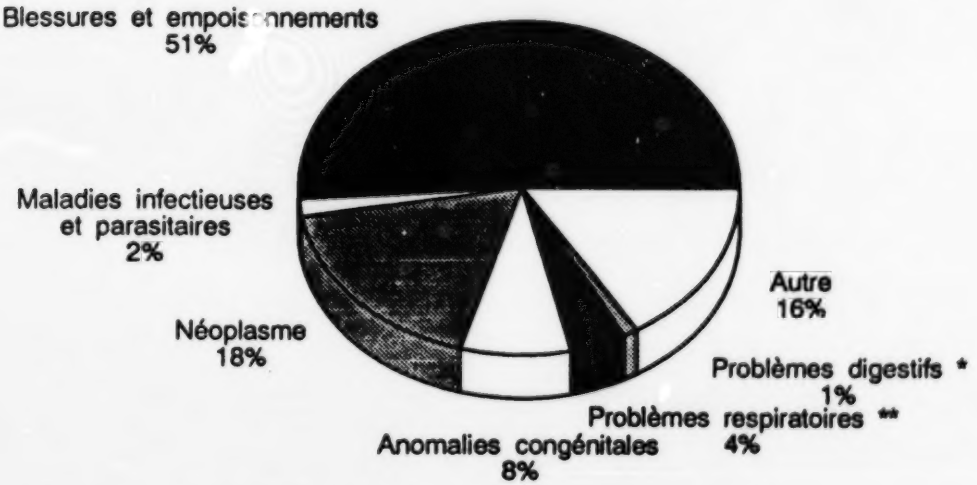
Principales causes de mortalité infantile au Nouveau-Brunswick, 1988 Comparaisons avec le Canada.

Nouveau-Brunswick de 5 à 14 ans (n=28)



Source: Promotion de la santé et prévention des maladies (Banque de données sur les statistiques de l'état civil du N.-B., 1988)

Canada de 5 à 14 ans (n=837)



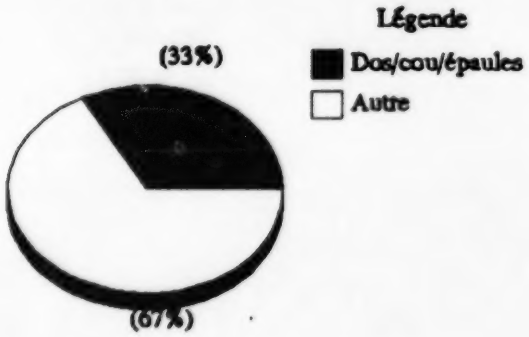
Source: Supplément no.11 aux Rapports sur la santé, 1990, vol.2 no.1.

N.B.: * Maladies du système digestif
** Maladies du système respiratoire

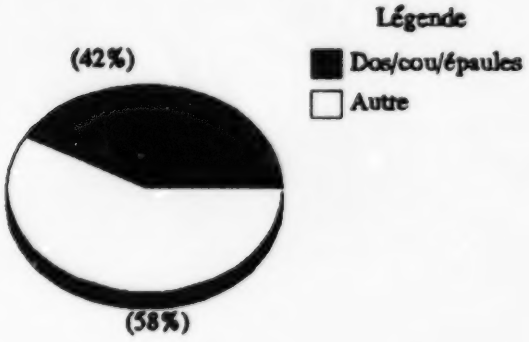
Source : «Jouons pour l'avenir! Améliorons la qualité de vie de nos enfants» Bureau des services à l'enfance du N.-B. Avril 1991.

LA PROVINCE

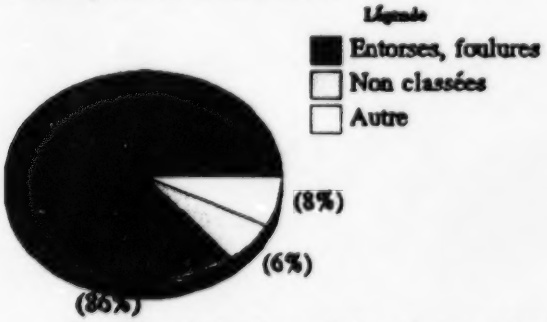
Accidents avec interruption de travail en 1990*



Jours perdus en 1990*



Nature des blessures au dos/ au cou/ aux épaules avec interruption de travail 1990*



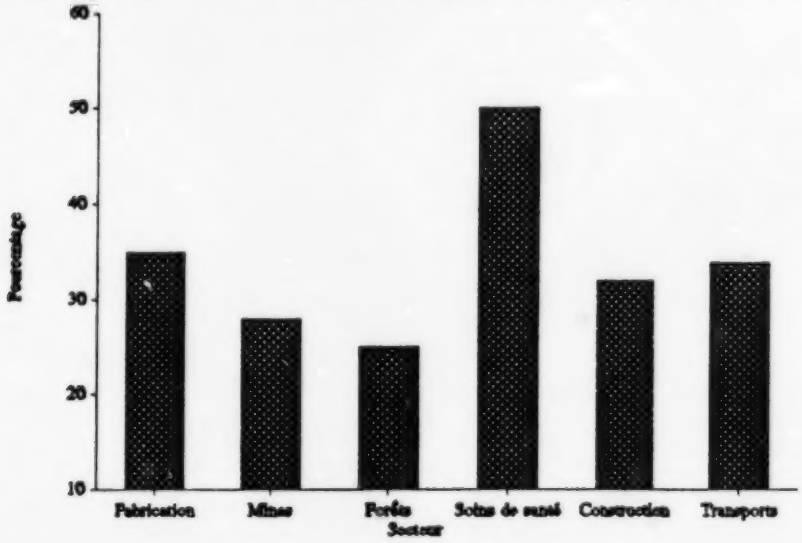
Données de la Commission des accidents du travail

Source : «Colonne en forme» Programme de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du N.-B. Octobre 1991.

V. SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

Dès la mise en oeuvre du programme, il est apparu évident que le secteur des soins de santé connaissait des problèmes uniques liés à la prévention des blessures musculosquelettiques au dos, au cou et aux épaules. L'analyse des accidents a démontré que le déplacement des patients était la principale cause des blessures.

Pourcentage par secteur de blessures au dos/au cou/ aux épaules lors d'accidents avec interruption de travail



Données de la Commission des accidents du travail 1990*

COÛT DES DEMANDES D'INDEMNITÉ POUR LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

	1987	1988	1989	1990	1991
TOTAL DE LA FEUILLE DE PAIE DES SOINS DE SANTÉ	402 $ millions	435 $	461 $	512 $	550 $
COTISATIONS VERSÉES À LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	7,2 $ millions	8,3 $	8 $	10 $	12 $ approx.
COÛT DES DEMANDES D'INDEMNITÉ	5,3 $ millions	7,3 $	7,6 $	8,7 $	9,1 $ approx.

Source : «Colonne en forme» Programme de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du N.-B. Octobre 1991.

TOUT CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR

1. LES BLESSURES SONT UNE MALADIE

2. LES BLESSURES NE SONT **PAS** DES ACCIDENTS

3. LES BLESSURES SONT PRÉVISIBLES ET PEUVENT ÊTRE PRÉVENUES

4. LES BLESSURES SONT LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES ADULTES

5. LA PRÉVENTION DES BLESSURES EST UNE SCIENCE

VOUS POUVEZ CHANGER LA SITUATION SI VOUS ÊTES ASSEZ INTÉRESSÉ!

Louis Hugo Francescutti, PhD, MD
Directeur fondateur, Centre de prévention et de sensibilisation aux blessures
Université des hôpitaux de l'Alberta (403) 492-6019